МЕДИЦИНСКАЯ ПАРАЗИТОЛОГИЯ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ

RUS 53

BOSTON
OCT 22 1954
MEDICAL LIBRARY

CATALOGUED
SEP 7 1955
L. R. V.

3

МЕДГИЗ · 1954 · МОСКВА

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/medicinskaa-parazitologia_july-september-1954_23_3

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СОЮЗА ССР

МЕДИЦИНСКАЯ ПАРАЗИТОЛОГИЯ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

П. Г. СЕРГИЕВ (редактор)

В. Н. БЕКЛЕМИШЕВ (зам. редактора), М. А. БУСЛАЕВ, Ш. Д. МОШКОВСКИЙ, Е. Н. ПАВЛОВСКИЙ, Н. Н. ПЛОТНИКОВ, В. П. ПОДЪЯПОЛЬСКАЯ, К. И. СКРЯБИН, В. Б. СЧЕНСНОВИЧ (секретарь)

3

ИЮЛЬ—СЕНТЯБРЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ — 1954 — МОСКВА

ОБ ИТОГАХ БОРЬБЫ С МАЛЯРИЕЙ, ГЕЛЬМИНТОЗАМИ И ДРУГИМИ ПАРАЗИТАРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЗА 1953 г. И ЗАДАЧАХ НА 1954 г.

М. А. Буслаев

Начальник отдела паразитарных заболеваний Министерства здравоохранения СССР

(Поступила 10/V 1954 г.)

Руководствуясь решениями XIX съезда КПСС, органы здравоохранения сосредоточивают внимание на профилактике болезней и на быстром внедрении в практику достижений медицинской науки.

Исторические постановления Совета Министров СССР и ЦК КПСС о мерах по крутому подъему сельского хозяйства и развитию производства товаров народного потребления ярко отражают повседневную заботу партии и правительства о росте благосостояния советского народа.

Все это создает исключительно благоприятные условия для усиления мероприятий, направленных на снижение инфекционных и паразитарных заболеваний.

За 1953 г. органы здравоохранения СССР еще ближе подошли к выполнению задачи ликвидации малярии. Заболеваемость малярией по СССР снизилась в 1953 г. на 37% по сравнению с 1952 г. Наиболее значительным было снижение в республиках: Украинской (60,1%), Белорусской (59,6%), Молдавской (68,2%) и Туркменской (62%).

Заболеваемость тропической малярией снизилась по СССР на 40%, особенно резким снижение было в РСФСР и Узбекской ССР (в 4 раза), почти полная ликвидация этой формы малярии достигнута в Самаркандской области.

В 1953 г. в половине административных территорий СССР (области, города республиканского подчинения) малярия не регистрировалась или регистрировалась в части районов лишь по 1—3 случая заболеваний в отдельных населенных пунктах, не превышая 100 случаев по области, городу.

По РСФСР число таких административных территорий достигло 37 (из 88), по Украинской ССР — 25 (из 26), по Белорусской ССР — 6 (из 8), по Киргизской ССР — 4 (из 6), по Туркменской ССР — 4 (из 6) и т. д.

В Украинской ССР малярия регистрировалась в 1953 г. лишь в 626 населенных пунктах (1,8%).

Все же, отмечая эти успехи, нельзя не подчеркнуть неудовлетворительное развертывание профилактических мероприятий в ряде республик и областей, что привело к отставанию в снижении заболеваемости малярией и даже к росту ее.

В 1953 г. повысилась заболеваемость малярией в Новосибирске, Томской, Челябинской, Тюменской, Кулябской областях, Якутской АССР.

Значительная заболеваемость все еще регистрируется в Азербайджанской, Грузинской, Таджикской ССР, Татарской и Башкирской АССР, в Восточно-Казахстанской области и ряде краев и областей Сибири и Узбекской ССР.

В этих двух группах областей, городов и республик зарегистрировано $^3/_4$ всех больных малярией в СССР.

Следует отметить, что замедление темпов снижения заболеваемости малярией в 1953 г. в Узбекской ССР (снижение по сравнению с предыдущим годом составило в 1952 г. 47,5%, в 1953 г. 41,3%), было связано с ростом заболеваемости в ряде районов Кашка-Дарьинской, Сурхан-Дарьинской и Ферганской областей; в Казахской ССР (соответственно в 1952 г. — 55,3%, в 1953 г. — 45,4%) в результате совершенно недостаточного снижения в областях: Кокчетавской (17%), Кустанайской (29%) и Актюбинской (31,3%), являющихся важнейшими по освоению целинных и залежных земель, также и в Восточно-Казахстанской области, где за последние годы развивается промышленность. В ряде областей Казахской ССР не введены до настоящего времени экстренные извещения на заболевания малярией, плохо проводится диспансерное обслуживание больных малярией. В отдельных районах допущены значительные подъемы заболеваемости малярией (например, среди рабочих рудника Кургасын в Амальгендинском районе Кустанайской области).

Следует особо остановиться на работе органов здравоохранения Азербайджанской и Таджикской ССР, имеющих незначительные успехи в снижении заболеваемости малярией.

Министерство здравоохранения Азербайджанской ССР не использовало в полной мере пребывания в течение трех летних сезонов большой группы специалистов Института малярии, медицинской паразитологии и гельминтологии Министерства здравоохранения СССР, не обеспечило повышение квалификации по малярии медицинских работников лечебно-профилактических и противомалярийных учреждений, не перестроило работу республиканского Института малярии и медицинской паразитологии. В результате резкое снижение заболеваемости малярией было, как правило, ограничено районами, где оказывали свое влияние прибывшие из Москвы товарищи, причем и эти успехи не всегда закреплялись (например, Сальянский район). Наибольшая заболеваемость в 1953 г. регистрировалась в Геокчайском и Астрахан-Базарском районах. Обследование переселенцев, прибывших из Астрахан-Базарского района в районы освоения Кура-Араксинской низменности, показало высокие паразитарные индексы, при этом до 20% паразитоносителей имело тропическую малярию.

В Таджикской ССР при общем снижении по республике на 27,1% наиболее высокой была заболеваемость малярией, особенно в летние месяцы, в Кулябской области, в Сталинабаде, ряде районов центрального подчинения (Гиссарский, Шахринауский, Курган-Тюбинской и др.). Учет больных малярией во многих районах и даже в Сталинабаде был поставлен крайне неудовлетворительно, диспансерному обслуживанию больных Министерство здравоохранения не уделяло должного внимания.

Некоторую опасность таит в себе также невключение в учет части больных малярией, у которых лабораторно диагноз не установлен. Так, по Украинской ССР диагноз малярии подтвержден лабораторно в 86%, а в Киеве, Дрогобычской, Николаевской, Станиславской и Херсонской областях — в 100%.

Следует уделить особое внимание работе органов здравоохранения Украинской ССР, наиболее успешно осуществляющих задачу ликвидации малярии, с тем чтобы органы здравоохранения других республик учли не только их успехи, но и ошибки в работе.

Природно-климатическая обстановка 1953 г. была недостаточно использована органами здравоохранения для достижения более резкого снижения заболеваемости малярией. В Европейской части СССР, хотя

и сложились условия для усиленной передачи инфекции, но, как правило, это не отразилось на ходе заболеваемости в связи с отсутствием источников инфекции в подавляющем числе населенных пунктов. Однако ухудшился прогноз на весенне-летний период 1954 г., т. е. на период проявления трехдневной малярии с длительной инкубацией, в части населенных пунктов и даже районов, где были больные малярией и где мероприятия по профилактике малярии проводились неудовлетворительно.

В Молдавской ССР эта неблагоприятная обстановка отразилась в росте (вдвое) тропической малярии, чему способствовало ослабление работы по активному выявлению и диспансерному обслуживанию больных малярией.

Крайне неблагоприятный прогноз создался во многих районах Сибири, особенно в Томской области, где повышенным летним температурам в течение последних лет не было противопоставлено в должных размерах усиление противомалярийных мероприятий.

Неблагоприятным на 1954 г., повидимому, должен быть прогноз в ряде районов Средней Азии и Закавказья в связи с резким повышением уровня грунтовых вод в зимне-весенние месяцы 1954 г., что требует большого внимания, особенно со стороны министерств здравоохранения Узбекской, Азербайджанской и Таджикской ССР. Министерству здравоохранения Грузинской ССР следует учесть серьезные прорывы в работе по борьбе с малярией в Абхазской АССР, где в 1953 г. увеличилась заболеваемость тропической малярией (Гальский, Очемчирский районы).

Санитарно-гидротехнические работы проведены в 1953 г. на сумму 57,5 млн. руб. Не выполнили установленного плана работ хозяйственные организации и ведомства Таджикской ССР. Министерством здравоохранения Киргизской ССР включены в план оздоровительных мероприятий работы, осуществляемые Министерством сельского хозяйства с целью освоения новых поливных земель в районах влияния Большого Чуйского канала.

Неудовлетворительно и со значительным запозданием осуществляется разработка прогноза малярогенной обстановки и планов противомалярийных мероприятий, а также осуществление этих планов по населенным пунктам в зоне влияния ряда крупных водохранилищ проектируемых гидроэлектростанций.

В области борьбы с гельминтозами следует отметить:

1. Дальнейшее расширение работы по обследованию населения на гельминтозы и лечению выявленных больных.

2. Снижение пораженности аскаридозом, особенно в областях и городах средней и северной полосы Европейской части РСФСР (Московская, Ленинградская, Москва, Ленинград, Молотов и др.).

Наряду с этим, высокой остается пораженность аскаридозом населения Белорусской, Грузинской, Литовской, Армянской ССР, Дагестанской, Северо-Осетинской АССР, Брянской, Великолукской, Смоленской и других областей.

Следует отметить применение однодневного лечения санкафеном по методу Панферовой с удовлетворительным результатом в Белорусской ССР.

3. Недостаточное снижение тениидозов, гименолепидоза и ряда других гельминтозов.

4. Ежегодно регистрируется заболеваемость трихинеллезом в Белорусской ССР, в Украинской ССР. Значительное распространение трихинеллеза у свиней и недостаточный ветеринарный контроль за индивидуальным убоем и торговлей продуктами из свинины на колхозных рынках

являются причиной заболеваемости людей. Недостаточны также сигнализация и проведение мероприятий по профилактике заболеваний трихинеллезом со стороны органов санитарно-противоэпидемической службы.

5. При резком снижении анкилостомоза среди горнорабочих Ленгера (1949 г. — 9,6% обследованных групп, 1953 г. — 0,3%, т. е. более чем в 30 раз) отставание в снижении этого заболевания среди горнорабочих г. Кизил-Кия Ошской области Киргизской ССР.

Значительна все еще пораженность анкилостомозом переселенцев в ряде районов Южно-Казахстанской, Джамбульской и Талды-Курганской областей Казахской ССР. Эпидемиологическое обследование больных анкилостомозом в ряде мест не проводится (Ташкент).

6. Все еще недостаточное вовлечение сети лечебно-профилактических учреждений в проведение мероприятий по борьбе с гельминтозами.

Неудовлетворительно проводится госпитализация больных тениидозами, анкилостомидозами и другими гельминтозами, требующими стационарного лечения. Выявление гельминтозов у стационарных больных, поступивших с другими заболеваниями, осуществляется неудовлетворительно еще во многих местностях (Армянская, Туркменская ССР).

В области борьбы с заболеваниями, передаваемыми клещами. Заболеваемость клещевым (весенне-летним) энцефалитом населения ряда областей РСФСР возросла за последние 3—4 года более чем в 4 раза, особенно в Кемеровской, Новосибирской, Томской, Молотовской, Свердловской областях и Татарской АССР. Регистрируется клещевой энцефалит в единичных случаях в Белорусской, Казахской, Эстонской и Карело-Финской ССР.

Планы мероприятий на 1954 г. по профилактике клещевого энцефалита обсуждены на межобластных совещаниях (в Куйбышеве — в декабре 1953 г., в Томске — в феврале 1954 г.).

На основании опытных работ Института вирусологии имени Д. И. Ивановского АМН СССР, Томской и Куйбышевской областных противомалярийных станций, проведенных в 1952 и 1953 гг., разработана и дополнена система общественной и индивидуальной противоклещевой профилактики. На 1954 г. предусмотрена планами местных органов здравоохранения обработка препаратами ДДТ и ГХЦГ лесной подстилки вблизи рабочих поселков промышленных предприятий, леспромхозов, детских оздоровительных учреждений, домов отдыха и дачных поселков, расположенных в местностях с природными очагами клещевого энцефалита.

Министерством здравоохранения СССР организация и проведение мероприятий с привлечением сети лечебно-профилактических учреждений возложены на противомалярийные, а там где их нет — на санитарно-эпидемиологические станции.

Институты эпидемиологии, микробиологии и гигиены, институты сывороток и вакцин обязаны оказывать организационно-методическую помощь в борьбе с этой инфекцией органам здравоохранения областей, закрепленных за институтами.

Министерством здравоохранения СССР разрешена организация вирусологических отделений в составе областных и городских санитарно-эпидемиологических станций, призванных осуществлять, помимо работы с другими вирусными заболеваниями, лабораторную диагностику заболеваний и вирусологическое изучение природных очагов клещевого энцефалита.

Необходимо в борьбе с этим заболеванием установить содружество в работе санитарно-эпидемиологических и противомалярийных станций и невропатологов областных и городских больниц.

Особенно это важно, учитывая наличие нехарактерных по своему клиническому течению случаев клещевого энцефалита (стертые, легкие формы, проходящие под диагнозами «гриппа», «токсического гриппа» и др.), а также обнаружение геморрагических лихорадок, близких по путям передачи и иммунологическим показателям к клещевому энцефалиту (например, омская геморрагическая лихорадка), ожидающих дальнейшего изучения со стороны вирусологов, паразитологов и клиницистов.

Следует усилить мероприятия по своевременной диагностике и по профилактике клещевого энцефалита и сходных с ним заболеваний, а также по профилактике клещевого риккетсиоза в районах освоения целинных и залежных земель, куда прибывает неиммунное к этим заболеваниям население.

Несколько слов о заболеваниях, передаваемых москитами. Опыт работы по ликвидации москитной лихорадки в Севастополе, Феодосии, Ашхабаде, на курортах Южного берега Крыма, показавший, что обработка помещений, проведенная 2—3 сезона подряд, привела к полному отсутствию москитов, позволяет ставить задачу ликвидации очагов этой болезни и в других южных районах СССР.

Крайне недостаточные успехи по борьбе с кожным лейшманиозом (болезнь Боровского) в городах связаны с отсутствием комплексности в работе кожно-венерологических и санитарно-противоэпидемических учреждений, плохим учетом этих заболеваний. Между тем задача ликвидации этой болезни в городах вполне реальна.

Непростительным является допущение значительной заболеваемости кожным лейшманиозом сельского типа в Бухарской и в Ашхабадской областях. При этом не были организованы в должных размерах прививки лейшманий населению, направляемому в районы с природными очагами этого заболевания.

Задачи в области борьбы с малярией, гельминтозами и другими паразитарными заболеваниями изложены в приказе Министерства здравоохранения СССР от 10/II 1954 г. № 15 м. Этим приказом предложено:

1. Проводить эпидемиологическое обследование каждого больного малярией, госпитализировать всех заболевших малярией в остром периоде болезни (особенно в эпидемическом сезоне), тщательно обрабатывать помещения стойкими инсектицидами не позднее 2—3 дней после выявления больного или паразитоносителя.

2. Проводить полный учет и в течение 2 лет диспансерное обслуживание больных малярией.

В районах с невысокой заболеваемостью малярией проведением этой системы мероприятий можно обеспечить ликвидацию малярии.

3. Составить планы мероприятий, направленные на ликвидацию заболеваний малярией в ближайшие годы, и мобилизовать внимание всех медицинских работников на систематическое и настойчивое проведение этих мероприятий. В районах и населенных пунктах с повышенной заболеваемостью следует широко применять препараты ДДТ.

4. Организовать в 1954—1956 гг. обследование на гельминтозы населения в местностях, неблагополучных по глистным заболеваниям, и обеспечить дегельминтизацию всех выявленных больных. Ежегодно обследовать детские коллективы, персонал детских учреждений и больниц, работников учреждений общественного питания, горнорабочих в шахтах, где температура превышает 15°, лиц, ухаживающих за скотом (пастухи, доярки и др.).

5. Проводить стационарное лечение больных анкилостомидозами, тениидозами, гименолепидозом, дифиллоботриозом и с тяжелым течением аскаридоза.

6. Обследовать на гельминтозы всех больных, поступивших на лечение в стационары, и проводить дегельминтизацию выявленных больных до выписки из стационара (при отсутствии противопоказаний).

7. Ввести обязательный учет заболеваний москитной лихорадкой, кожным и висцеральным лейшманиозом, клещевым спирохетозом, клещевым энцефалитом и геморрагическими лихорадками, осуществить мероприятия по ликвидации заболеваемости москитной лихорадкой в ближайшие годы в Одесской, Крымской областях, Краснодарском крае и Молдавской ССР, а также по ликвидации заболеваемости кожным лейшманиозом в городах, где зарегистрированы эти заболевания.

8. Не допускать закрытия или реорганизации противомалярийных станций без разрешения Министерства здравоохранения СССР, не допускать сокращения должностей, указанных в типовых штатах и нормативах.

Приказом предусмотрено введение в 1954—1960 гг. преподавания медицинской паразитологии на IV курсе всех медицинских институтов и улучшение работы по усовершенствованию врачей, работающих в области медицинской паразитологии. Создаются условия для лучшей координации научно-исследовательской работы в области медицинской паразитологии.

Выполнение этих задач принесет дальнейшие успехи в области ликвидации и снижения паразитарных заболеваний в нашей стране.

КРАТКИЕ ИТОГИ РАБОТЫ ПО БОРЬБЕ С МАЛЯРИЕЙ И ДРУГИМИ ПАРАЗИТАРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РСФСР ЗА 1953 г. И ЗАДАЧИ НА 1954 г.

А. С. Ковтун

Начальник отдела паразитарных заболеваний Министерства здравоохранения РСФСР

(Поступила 22/V 1954 г.)

Эпидемические сезоны 1952—1953 гг. характеризовались исключительно высокими температурами воздуха, вследствие чего в большинстве областей, краев и АССР Федерации почти все циклы развития Anopheles maculipennis протекали в более сжатые сроки, а поэтому увеличилось число генераций комаров, и число спорогоний. Численность окрыленных комаров на дневках вне зоны обработок в 1953 г. увеличилась во многих пунктах Урала, Сибири и Поволжья. В ряде мест за счет высоких паводков и обильного выпадения осадков во второй половине лета увеличилась водная и анофелогенная площадь.

Указанные благоприятные для распространения малярии природно-климатические факторы и эпидемиологические предпосылки были особенно резко выражены в Азиатской части Федерации в эти 2 года. Однако им не была своевременно противопоставлена полноценная система противомалярийных мероприятий, не было проявлено должной настойчивости и целеустремленности в их правильной организации, что способствовало распространению малярии в 1952 г. и, особенно, в 1953 г. Указания Министерства здравоохранения СССР значительно улучшить профилактику и борьбу с паразитарными болезнями в ряде мест не были учтены, что привело к неравномерному снижению заболеваемости малярией в РСФСР. Если в целом по РСФСР в 1953 г. заболеваемость малярией снизилась на 40% по сравнению с 1952 г., а на Кавказе, в Крыму

и Поволжье она снизилась в пределах от 44 до 55%, то на Урале только на 21%, в Сибири на 14%. На Дальнем Востоке достигнуто снижение на 62%, в том числе в Хабаровском крае на 83%. В 1953 г. по сравнению с 1952 г. возросла заболеваемость малярией в Томской, Тюменской, Челябинской областях, в Новосибирске и Челябинске, в Якутской и Марийской АССР.

В III квартале 1953 г. из 29 административных территорий, составляющих Азиатскую часть Федерации, в 11 отмечался рост или стабилизация заболеваемости. Следовательно, прогноз на 1954 г. в них остается весьма неблагоприятным, если своевременно не будут приняты меры.

К 1953 г. на территории РСФСР малярия как массовое заболевание была ликвидирована на 67 административных территориях. Эта задача не была решена на 15 административных территориях.

В 1953 г. малярия как массовое заболевание была ликвидирована только в Пензенской области и Кабардинской АССР. Заболеваемость малярией на 13 административных территориях составляет 70% всей заболеваемости по РСФСР, из них на области Урала и Сибири падает 63%, на Северо-Осетинскую, Дагестанскую и Татарскую АССР — 7%. Дальнейшее снижение заболеваемости малярией имелось в 12 городах республиканского подчинения, 5 краях, 46 областях и 10 АССР. В 1953 г. в 873 (т. е. в 30%) районах, заболеваемости малярией зарегистрировано не было. Свободных от малярии районов в течение 2 лет было 476.

Медицинским работникам областей, в которых не ликвидирована малярия как массовое заболевание, в 1954 г. необходимо напряженно и целеустремленно работать для решения этой задачи. Особенное внимание следует обратить на районы освоения целинных и залежных земель, Алтайский, Красноярский края, Новосибирскую область, Татарскую АССР.

В 1953 г. на территории РСФСР зарегистрировано 54 случая заболевания тропической малярией против 211 в 1952 г.

Повысились подтверждения диагнозов малярии лабораторными анализами: в целом по РСФСР они составляют 63% против 47% в 1952 г. План обследования населения в 1953 г. перевыполнен, однако в Якутской, Бурят-Монгольской АССР, Томской, Амурской, Челябинской, Курганской, Читинской областях, Алтайском крае обследование населения в основном проведено без исследования крови, хотя к этому были прямые показания. Паразитарный индекс по РСФСР равен 0,01, наряду с этим в Читинской области он равен 3, в Томской — 1,2, в Алтайском крае — 0,3.

Анализ объема и качества лечебно-профилактических мероприятий указывает на причины неблагополучия с заболеваемостью малярией в Урало-Сибирской и Дальневосточной зонах. При охвате систематическим лечением по РСФСР в среднем на 90,1% в этих зонах не получили курса систематического лечения 5 767 человек. Весеннее противорецидивное лечение по РСФСР проведено в 94%, осталось неохваченных 4 648 человек, в том числе в указанных зонах 4 523 человека. Особенно плохо в 1953 г. была проведена общественная химиопрофилактика. В целом по РСФСР химиопрофилактикой было охвачено 93,3% подлежавших лечению, осталось не охваченных профилактикой 6 732 человека, из них в перечисленных зонах 6 563 человека. Таким образом, недовыполнение плана в целом по РСФСР идет за счет Урало-Сибирской и Дальневосточной зон, а так как эти мероприятия характеризуют качество диспансерного обслуживания больных, то следует сделать вывод, что оно проводится там неудовлетворительно, что приводит к замедленным темпам снижения заболеваемости малярией. Несмотря на прямые

показания в этих областях к проведению предэпидемической химиопрофилактики, ее проводили только в Новосибирской области, да и то не во всех районах.

Значительно усилена работа по применению препаратов ДДТ и гексахлорана. В 1953 г. обработано 172 млн. м². Объем обработки увеличен на 50%. Однако качество работы было не всегда удовлетворительным.

Следует отметить, что в ряде мест проводится недостаточная санитарно-просветительная работа, поэтому нередки отказы населения от обработки жилых помещений в очагах.

Гидротехнические противомалярийные работы в 1953 г. выполнены на сумму 15 млн. 527 тыс. руб., т. е. план выполнен свыше чем на 100%. Значительно улучшился и санитарно-предупредительный надзор при строительстве прудов и водоемов. Теперь уже почти нет объектов, строящихся без согласования с санитарно-эпидемиологическими или противомалярийными станциями.

Следует особо отметить, что ряд противомалярийных станций, особенно на селе, плохо укомплектован кадрами врачей, так как заведующие облздравотделами считают, что борьба с малярией уже закончена, а работа по борьбе с гельминтозами не является в настоящее время важной. Поэтому нередко без согласования с главными врачами санитарно-эпидемиологических и противомалярийных станций переводят врачей на лечебную работу, на врачебные участки (Великолукская, Новгородская, Псковская, Иркутская области и др.).

Для обеспечения дальнейшей работы по ликвидации, резкому снижению заболеваемости малярией и недопущения возникновения новых очагов ее в районах освоения целинных и залежных земель в 1954 г. необходимо: а) усилить противомалярийные мероприятия, обеспечив прежде всего обследование прибывших контингентов; б) провести своевременно обработку помещений препаратами ДДТ и гексахлорана; в) на основании анализа заболеваемости максимум усилий направить в те районы, где заболеваемость продолжает оставаться на высоком уровне; г) обратить особое внимание на осуществление всех необходимых противомалярийных мероприятий в районах строительства гидроэлектростанций, ирригационных систем и при планировке населенных мест.

План обследования населения для выявления больных глистными инвазиями в большинстве областей выполнен. Всего, по неполным данным в целом по РСФСР, обследовано более 15,5 млн. человек, т. е. 96,9% годового плана. Нельзя признать удовлетворительной работу по дегельминтизации. Всего дегельминтизировано 8,1 млн. человек— 62,6% годового плана.

Следует отметить, что обследование населения на гельминтозы из года в год в ряде мест планируется шаблонно, ежегодно предусматривается обследование одних и тех же контингентов, поэтому результаты обследования не позволяют сделать каких-либо выводов, необходимых для изучения эпидемиологии гельминтозов. Кроме того, этот подход к обследованию совершенно необоснованно исключает такие важные объекты и контингенты, как служащие и рабочие животноводческих и рыболовецких хозяйств, рабочие рыбоконсервных заводов и других предприятий пищевой промышленности. Необходимо изменить такой метод планирования обследования. Большим недостатком в работе является и то обстоятельство, что выполнение плана по дегельминтизации в основном идет за счет дегельминтизации больных аскаридозом. Охват же больных другими гельминтозами организован еще плохо. Мало настойчивости проявили заведующие противомалярийными станциями в организации дневных стационаров и слабо осуществляли контроль за работой стационаров в проведении лечения больных тениидоза

ми, находящихся в больницах из-за других заболеваний. Выполнению плана дегельминтизации мешало также неудовлетворительное обеспечение мест препаратом мужского папоротника.

Успешному выполнению плана по борьбе с гельминтозами должна способствовать совместная работа лечебной и санитарно-противоэпидемической сети, однако почти нигде еще не ставится задача оздоровления отдельных очагов путем проведения комплексных мероприятий, не включается в план работы изучение внешней среды и др.

На местах уделяется мало внимания также и подготовке кадров. За 1953 г. подготовлено по гельминтологии 1 345 врачей общемедицинской сети, 2 415 средних медицинских работников.

Заболеваемость клещевым весенне-летним энцефалитом регистрируется в основном в областях Урала, Сибири и Дальнего Востока. Удельный вес заболеваемости в этих зонах в 1953 г. составляет 75% всей заболеваемости по РСФСР. Усилиями научных работников разработана система мер борьбы, профилактическая вакцина, сыворотка для лечения заболевших, диагностикум для постановки диагноза, но все это еще широко не внедрено в практику. На 1954 г. планом предусмотрено значительное увеличение вакцинации населения, особенно в областях, где возможно заражение этим заболеванием, намечается направление специалистов-вирусологов.

Заболевания москитной лихорадкой на территории РСФСР встречались в Крымской области[1] и Краснодарском крае. В Крымской области систематической работой в течение 4 лет они почти полностью ликвидированы, а в Краснодарском крае москитная лихорадка не имеет широкого распространения. Плановой работой по обработке помещений препаратами ДДТ можно в ближайшие годы ее полностью ликвидировать.

В 1953 г. некоторые противомалярийные станции провели ряд важных научно-практических работ по клещевому энцефалиту и борьбе с клещами (Томская, Куйбышевская, Кемеровская), гнусом (Архангельская), москитами (Крымская), а также по изучению фенологии A. maculipennis (Алтайский край), его возрастного состава и эпидемиологического значения в заболеваемости малярией (Сталинградская, Саратовская и др.), по распространению и развитию переносчика малярии в Архангельской области и т. д.

О ВЕСЕННИХ СВЕЖИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТРЕХДНЕВНОЙ МАЛЯРИЕЙ НА ЮГЕ

Н. Н. Духанина

Из отделения эпидемиологии и организации борьбы с малярией и другими паразитарными болезнями Института малярии, медицинской паразитологии и гельминтологии Министерства здравоохранения СССР (дир. института — проф. П. Г. Сергиев, зав. отделением — доцент М. Г. Рашина)

(Поступила 22/V 1954 г.)

В связи с задачей ликвидации малярии в СССР подлежит уточнению ряд вопросов эпидемиологии малярии и, в частности, вопрос о трехдневной малярии с длительной инкубацией на юге. Хотя в течение нескольких лет рядом маляриологов проводится работа по изучению

[1] Крымская область в 1954 г. из состава РСФСР передана в состав УССР.

эпидемиологии трехдневной малярии с длительной инкубацией на юге, но до сих пор еще остается неясным вопрос о размерах ее распространения.

Неправильная трактовка весенних свежих заболеваний может повести к неправильной эпидемиологической оценке положения с малярией на местах, а тем самым и к ошибкам в выборе и проведении противомалярийных мероприятий.

Поэтому представляется целесообразным для дальнейшего обсуждения и постановки дальнейших наблюдений и исследований по эпидемиологии малярии с длительной инкубацией на юге сделать обобщение материалов, имеющихся по данному вопросу, и опубликовать ряд статей с результатами работы, проведенной в разных местностях юга СССР.

Повсеместно на юге ежегодно регистрируют в зимне-весенние месяцы свежие заболевания малярией, удельный вес которых во всей свежей заболеваемости иногда даже достигает 30%. Также ежегодно противомалярийные станции Москвы (заведующая О. В. Ромодановская) и Ленинграда (заведующая Р. М. Соболева) отмечают свежие заболевания трехдневной малярией с длительной инкубацией у лиц, бывших в предыдущем году на юге.

О малярии с продолжительной инкубацией (от 3 месяцев до года) в Грузии писал еще в 1929 г. К. Джапаридзе. В 1930 г. этот вопрос был более подробно разработан Н. П. Рухадзе, который, анализируя материалы Абхазского тропического института, пришел к выводу, что в 6,2% всей заболеваемости малярией отмечается малярия с длительной инкубацией.

В последние годы над изучением трехдневной малярии с длительной инкубацией в Абхазии работали П. С. Джапаридзе и К. И. Элигулашвили, которые также пришли к выводу о наличии на Черноморском побережье малярии с длительной инкубацией.

Г. М. Маруашвили и Г. Н. Гордадзе выявили 91 случай заболевания малярией с длительной инкубацией в горных районах Грузинской ССР.

И. Н. Пикуль писал о малярии с длительной инкубацией в Дагестанской АССР (1947). В Нальчике П. А. Шаповалова в 1952 и 1953 гг. провела эпидемиологическое обследование больных со свежим заболеванием малярией и установила, что весной имеются заболевания малярией лиц, никогда ранее не болевших малярией и не принимавших профилактически противомалярийных препаратов. В Сочи, по мнению С. Я. Сарикян (1948), имеются случаи малярии с длительной инкубацией, но там есть и некоторое число свежих заболеваний в результате зимних заражений. А. Г. Исаакян (1951) выявила в предгорной зоне Армянской ССР свежие заболевания малярией весной у лиц, никогда не болевших малярией. В Аджарской АССР С. Д. Авалишвили (1953) также установила местные заболевания трехдневной малярией с длительной инкубацией. Еще в 1950 г. о малярии с длительной инкубацией в Молдавской ССР писали Н. Я. Маркович, Л. И. Прокопенко и Л. В. Иванова, а затем наличие малярии с длительной инкубацией экспериментально подтвердил А. Я. Лысенко. В Кишиневе А. И. Гринберг[1] (1953) специально занимался изучением малярии с длительной инкубацией и, в частности, установил сроки ее проявления.

В Средней Азии Р. Р. Магдиев, разработав материалы о заболеваемости малярией в Катта-Кургане за 5 лет (1948—1952), сообщил, что там ежегодно регистрируются случаи малярии с длительной инкубацией

[1] Статьи С. Д. Авалишвили, А. Я. Лысенко и А. И. Гринберг печатаются в этом номере журнала.

(в среднем 12,4%). Г. М. Елькина, Е. Н. Цветкова и Г. В. Жуков (1953) также считают, что в Самарканде малярия с длительной инкубацией имеется. В Сталинабаде Таджикской ССР, по данным Б. И. Исетова, специально проанализировавшего заболевания весной 249 детей за 1945—1953 гг., и по материалам эпидемиологического обследования, проводимого сотрудниками городской противомалярийной станции Сталинабада (заведующий станцией Х. В. Вахидов, эпидемиолог А. А. Чурносова), видно, что в первом полугодии там регистрируют свежие заболевания, которые можно отнести к малярии с длительной инкубацией. Такие же материалы мы получили и из Ошской области Киргизской ССР от А. Я. Полякова, и от Е. И. Балкашиной из Чимкента. А. А. Курдина и К. Н. Малинина (1952), по материалам Ленинградской противомалярийной станции, установили привозные случаи малярии с длительной инкубацией из республик Средней Азии и Кавказа. К таким же выводам пришли и в Москве О. В. Ромодановская и М. В. Соколовская (1954).

Мы совместно с А. Т. Колоницким, З. А. Бацкевич и Н. С. Ямиолковской в Ленинабаде Таджикской ССР пытались в 1951 г. выявить размеры распространения малярии с длительной инкубацией и провели разработку материалов по заболеваемости малярией за ряд лет и эпидемиологическое обследование части больных со свежим заболеванием. В результате мы пришли к выводу, что нельзя всю свежую весеннюю заболеваемость на юге называть малярией с длительной инкубацией и что требуется очень тщательный эпидемиологический анализ каждого случая заболевания, прежде чем с достаточной достоверностью отнести его к малярии с длительной инкубацией.

Если раньше, до открытия особого штамма возбудителя трехдневной малярии с длительной инкубацией, было понятно, что всякое первичное проявление малярии через несколько месяцев после заражения малярией рассматривалось как малярия с длительной инкубацией, то теперь нельзя не разграничивать малярию, вызванную «северным» штаммом (подвидом паразита трехдневной малярии P. vivax hibernans, по Б. П. Николаеву), и заболевания малярией с короткой инкубацией весной, представляющие поздние первичные проявления малярии с короткой инкубацией (возбудитель «южный» штамм или P. vivax vivax, по Б. П. Николаеву), вследствие, например, приема противомалярийных препаратов в целях индивидуальной химиопрофилактики.

Мы считаем, что термин «трехдневная малярия с длительной инкубацией» следует употреблять лишь для определения заболевания, вызванного «северным» штаммом малярийных паразитов.

Изучение эпидемиологии, паразитологии и клиники малярии с длительной инкубацией в южных районах в условиях ежегодного большого риска заражения и широкого проведения химиопрофилактики представляло определенные затруднения. Доказательств же наличия штамма малярии с длительной инкубацией в Средней Азии, на Кавказе и в Закавказье не имеется в связи с отсутствием проведения экспериментальной работы, кроме упомянутых исследований А. Я. Лысенко (1949).

Для юга РСФСР и Украинской ССР, где условия передачи малярии сходны с условиями в Молдавской ССР, можно с уверенностью говорить о возможности распространения штамма малярии с длительной инкубацией.

Благоприятные условия для передачи малярии с длительной инкубацией на юге несомненно имеются. Однако даже при наличии значительного завоза малярии с длительной инкубацией с севера, массового распространения ее не наблюдалось никогда. П. Г. Сергиев склонен объяснять это главным образом тем, что массовые проявления малярии

с длительной инкубацией на юге не совпадают с периодом наибольшей численности переносчика, а на севере имеется полное их совпадение. Восприимчивость комаров Anopheles разных видов к штамму паразита малярии с длительной инкубацией не вызывает сомнения. Как установлено нашими и зарубежными исследователями, все малярийные комары в той или иной степени восприимчивы ко всем видам и штаммам малярийных паразитов. К прямым наблюдениям над зараженностью комаров малярийными паразитами штамма малярии с длительной инкубацией и передачей малярии через комаров, распространенных в Средней Азии (A. m. sacharovi, superpictus и pulcherrimus), мы относим исследования, проведенные А. И. Лисовой, М. С. Софиевым и В. А. Эскиным [1]. Правда, эти авторы, проводя опыты в 1936—1939 гг., предполагали, что их наблюдения касаются P. ovale; однако, публикуя эти данные, редакция журнала «Медицинская паразитология и паразитарные болезни» уже выразила сомнение в том, что изучаемый штамм принадлежит к виду P. ovale. Б. П. Николаев, последовательно разобрав все имеющиеся данные, убедительно доказал, что исследования упомянутых авторов были проведены с штаммом малярии с длительной инкубацией [2]. Мы полностью разделяем мнение Б. П. Николаева. Опыты А. И. Лисовой, М. С. Софиева и В. А. Эскина показали восприимчивость комаров к малярии с длительной инкубацией и в 3 случаях через комаров с целью малариотерапии были заражены больные, которые заболели малярией через 7 месяцев.

Источник инфекции для заражения комаров на юге постоянно имеется, так как больные малярией с длительной инкубацией приезжают из более северных местностей. Так, в Катта-Кургане Самаркандской области, по данным Р. Р. Магдиева (1953), за 5 лет было зарегистрировано 50 больных малярией, приехавших с севера в состоянии инкубации и впервые заболевших после приезда трехдневной малярией с длительной инкубацией.

Массовый завоз малярии с длительной инкубацией в Среднюю Азию наблюдался в годы Великой Отечественной войны при эвакуации населения с севера. В этот период процент свежих заболеваний в первом полугодии возрос в несколько раз (Киргизская ССР, Катта-Курган и др.), но через 1—2 года уже опять восстановилось прежнее соотношение заболеваний малярией. Можно высказать предположение, что поскольку в те годы в ряде местностей был большой риск заражения всеми видами малярийных паразитов, то часть случаев заболевания с длительной инкубацией несомненно расценивались как отдаленные рецидивы малярии с короткой инкубацией, а также, может быть, имело место «подавление» P. vivax P. falciparum. П. Г. Сергиев на юбилейной сессии Института малярии, медицинской паразитологии и гельминтологии Министерства здравоохранения СССР (1951) высказывался за то, что это является примером межвидовой борьбы плазмодиев в организме человека.

На юге вполне возможно распространение штамма малярии с длительной инкубацией. В противоположность северу, где короткий сезон передачи малярии и длительный зимний перерыв с длительной инкубацией, на юге очень длительный сезон передачи малярии и поэтому имеются более благоприятные условия для тех штаммов паразита, которые вызывают заболевание через короткие сроки. Штаммы возбудителя малярии, их географическое распространение в настоящее время явились ре-

[1] Медицинская паразитология и паразитарные болезни, 1946, т. XV, № стр. 40—44.

[2] Зоологический журнал, 1951, т. XXX, № 3.

зультатом отбора в процессе эволюции (Ш. Д. Мошковский, 1946; П. Г. Сергиев, 1946).

Если бы в те местности юга, где условия передачи сходны с условиями на севере и где противомалярийные мероприятия проводились недостаточно, был бы завезен штамм малярии с длительной инкубацией, то там можно было бы ожидать и значительного распространения малярии с длительной инкубацией (особено в пунктах, где нет миграции населения и возможности завоза других штаммов). Так, ряд исследователей указывал на наличие малярии с длительной инкубацией в Ташаузе Туркменской ССР, где температура воздуха летом значительно ниже, чем в остальной части Туркмении (Е. Д. Левенсон, Г. Е. Раевский, П. И. Рахманова, 1952; Г. А. Правиков и Л. Е. Ревунова, А. Д. Молчанова, 1953). С. Д. Авалишвили наблюдала подъем заболеваемости малярией весной в одном из горных районов Аджарской АССР, где можно было думать о малярии с длительной инкубацией. Но прежде чем говорить о безусловном распространении малярии с длительной инкубацией необходимо разобраться в вопросе о первичных проявлениях трехдневного штамма малярии с короткой инкубацией как в поздне-осенние и зимние, так и весенние месяцы. Заражение этих лиц могло произойти как весной, так и предыдущей осенью — поздние первичные проявления малярии с короткой инкубацией.

В ряде местностей юга: на Черноморском побережье, где основной переносчик A. m. maculipennis, а также и в Средней Азии, где переносчик A. m. sacharovi и A. superpictus, возможны поздне-осенние, даже зимние заражения (П. С. Джапаридзе, А. И. Чубкова, С. Л. Сарикян, Т. Я. Авдеева и А. В. Никифорова, Н. И. Ходукин и А. И. Лисова и др.), так как у этих видов и подвидов комаров Anopheles наблюдается гонотрофическая диссоциация, и они могут пить кровь в течение всей зимы и быть переносчиками малярии. Это подтверждается тем, что и фактически в это время были обнаружены зараженные комары. З. С. Шишляева-Матова (1952), проведя специальные наблюдения, показала, что в условиях Самарканда спорозоиты P. falciparum в комарах могут сохраняться до января. Можно предположить, что и спорозоиты P. vivax также могут сохраняться до этого же времени, хотя до весны зараженные комары не доживают. Чем же объяснить, что именно в весенние месяцы и начинает нарастать число больных со свежими заболеваниями малярией? В громадном большинстве случаев заражение этих лиц приходится отнести к заражению в летне-осенние месяцы предыдущего года.

Чем объясняется это явление? Весьма возможно, что в отдельных случаях после внедрения возбудителя малярии штамма с короткой инкубацией в результате специфической устойчивости макроорганизма в связи с ранее перенесенной инфекцией первые приступы малярии могут появиться лишь через несколько месяцев. Может быть также, что первичное проявление малярии вскоре после заражения протекало легко и оставалось недиагносцированным, и весной при появлении приступов это заболевание расценивалось как первичное, хотя фактически имел место рецидив.

Одним из доводов, который можно привести, говоря о возможности наличия поздних первичных проявлений при трехдневной малярии с короткой инкубацией, является тот факт, что и при тропической и при четырехдневной малярии имеются также в небольшом проценте случаев свежие заболевания в зимне-весенние месяцы. Однако при этих формах малярии не выявлено штамма возбудителя с длительной инкубацией. Поздние первичные проявления при тропической и четырехдневной малярии можно объяснить лишь наличием у некоторых лиц особых взаимоотношений между паразитом и хозяином, в результате которых клини-

ческие проявления малярии наступают не через обычный инкубационный период, а через несколько месяцев после заражения.

По данным Катта-Курганской районной противомалярийной станции Самаркандской области (заведующая А. А. Арутюнова), из 95 заболеваний четырехдневной малярией в 1950 г. 30% было зарегистрировано в I квартале, а в 1951 г. даже 43% (из 49 больных). Р. Р. Магдиев в Катта-Кургане специально провел эпидемиологическое обследование (с проверкой по первичной документации) больных со свежим заболеванием тропической малярией в зимне-весенние месяцы и выявил за 5 лет 66 человек, которые составили очень незначительный процент от всех заболевших тропической малярией. У этих больных в прошлом отсутствовала малярия и они не принимали противомалярийных препаратов с профилактической целью.

Далее в пользу того, что при малярии с короткой инкубацией могут быть поздние первичные проявления, говорят факты заболевания на севере лиц, приехавших из тропиков, где нет, повидимому, штамма малярии с длительной инкубацией. В частности, в литературе XIX и начала XX в. имеется ряд сообщений об этом. Так, об этом писал Лаверан и проводил данные ряда авторов (1898). Интересно отметить, что большинство из выезжавших болело малярией в тропических странах и только в единичных случаях малярия впервые проявлялась через несколько месяцев.

Экспериментально возможность наличия поздних первичных проявлений малярии с короткой инкубацией была подтверждена Н. А. Тибурской, по сообщению которой ею был выделен штамм с короткой инкубацией от больной, впервые заболевшей в Астрахани 1/II 1937 г., до этого никогда не болевшей малярией и не бывшей на химиопрофилактике.

Следовательно, можно считать, что на юге среди лиц со свежим заболеванием весной имеются заразившиеся штаммом малярии с длительной и короткой инкубацией.

При разработке и анализе материалов по свежей заболеваемости на юге мы разделили всех заболевших на 10 групп (см. таблицу).

Определить удельный вес перечисленных групп в общем числе свежих заболеваний не удалось, но наиболее часто при изучении материалов и обследованиях встречались больные малярией, которых можно было отнести к 2-й, 4-й и 5-й группам.

Только в тех случаях, когда не было в предыдущие годы ни заболевания малярией, ни каких-либо других лихорадочных заболеваний, ни приемов противомалярийных препаратов с профилактической целью и отсутствовала возможность передачи малярии в зимне-весенние месяцы можно более уверенно говорить о наличии малярии с длительной инкубацией.

В остальных же случаях остается сомнение в том, малярия ли это с длительной инкубацией или с короткой.

Поэтому маляриологи, занимавшиеся вопросами изучения малярии с длительной инкубацией на юге, вынуждены были проводить тщательный анализ всей заболеваемости с дополнительным эпидемиологическим обследованием больных малярией.

В прежние годы, когда в Средней Азии была распространена тропическая малярия, нередко весной были зарегистрированы как больные со свежим заболеванием трехдневной малярией лица, болевшие тропической малярией осенью предыдущего года.

По личному сообщению проф. Л. М. Исаева немалое место среди больных свежими заболеваниями трехдневной малярией весной в Узбекистане занимают лица, у которых первичное проявление осенью прете-

Характеристика групп больных со свежим заболеванием трехдневной малярией весной

№ группы	Время заражения	Характеристика группы больных	Каким штаммом произошло заражение (предположительно)
1		Приехавшие с севера и там заразившиеся малярией	С длительной инкубацией
2		Не болевшие малярией или болевшие давно, но не имевшие лихорадочных заболеваний в летне-осенние месяцы предыдущего года и никогда не принимавшие противомалярийных препаратов	То же
3	Заражение в предыдущем году	Не болевшие малярией или болевшие раньше, но перенесшие лихорадочные заболевания в летне-осенние месяцы предыдущего года, но не принимавшие противомалярийных препаратов	С короткой или длительной инкубацией
4		Не болевшие малярией раньше, но принимавшие противомалярийные препараты с профилактической целью в предыдущем году	То же
5		Болевшие один год назад, а в предыдущем году бывшие на общественной химиопрофилактике и заболевшие вновь в данном году	» »
6		Болевшие в предыдущем году тропической малярией и заболевшие в данном году трехдневной малярией	» »
7		Паразитоносители в предыдущем году, не болевшие малярией и заболевшие в данном году	» »
8	Врожденная малярия	Дети с врожденной малярией	
9		Не болевшие ранее малярией и заразившиеся в зимне-весенние месяцы через зимующих комаров	С короткой инкубацией
10	Заражение в данном году	Не болевшие ранее малярией и заразившиеся от первых вылетевших комаров первого поколения и заболевшие в июне	То же

кает лишь как паразитоносительство, а только весной на следующий год появляются приступы малярии.

Случаи врожденной малярии встречаются вообще редко, но все же весной иногда регистрировались заболевания трехдневной малярией у новорожденных. Например, Р. Р. Магдиев наблюдал 2 случая врожденной малярии.

В таблицу мы считали необходимым включить группу заразившихся малярией в зимне-осенние месяцы (9), хотя о существовании этой группы можно только предполагать на основании изучения жизнедеятельности комаров в этот период, тогда как остальные группы мы выявляли путем сбора анамнеза, просмотра документации и проведения эпидемиологического обследования. Очень важно помнить о возможности появления в июне больных малярией, заразившихся уже от вылетевших комаров первой генерации. Правда, в это время обычно низка численность комаров и шансы на передачу малярии невелики. Однако в отдельные годы бывают даже вспышки малярии. Например, по данным Института малярии и медицинской паразитологии Министерства здравоохранения Узбекской ССР в колхозе Берлянкан-куч в 1951 г. была небольшая вспышка малярии во второй половине июня в одной части селения, когда за 10 дней заболело 16 человек.

Вместе с тем заболевания малярией с длительной инкубацией на юге несомненно могут быть и в июле, и в августе, и в сентябре.

В связи с длительным сезоном передачи малярии в эти месяцы будет проявляться малярия после инкубации в 9—13 месяцев. По данным Московской городской противомалярийной станции, были неодно-

кратно зарегистрированы такие поздние первичные проявления малярии среди лиц, приехавших с юга.

Исходя из сказанного при характеристике свежих заболеваний, начиная с середины июня, необходимо тщательно проанализировать риск заражения малярией в данном и предыдущем году, проследить по дням ход заболеваемости малярией по каждому населенному пункту. И только после этого можно сделать вывод о том, в данном или предыдущем году произошло заражение зарегистрированных больных малярией.

О наличии поздних первичных проявлений малярии с длительной инкубацией на севере и в средней полосе можно судить в местностях, где применялась сплошная обработка ДДТ и был исключен риск заражения. Такой же подход может быть и на юге. Следует, однако, помнить, что на юге и, в частности, при наличии экзофильных переносчиков малярии заболевания в III квартале все же могут быть и в результате заражения малярией с короткой инкубацией в данном году даже и при наличии обработки населенного пункта ДДТ. Поэтому приходится очень осторожно делать выводы.

Поскольку нет критериев для отличия по клинической картине заболевших малярией с короткой инкубацией от заболевших после длительной инкубации, то на севере мы пытались устанавливать различие между ними по некоторым эпидемиологическим показателям. Для оценки заболеваемости трехдневной малярией на юге с целью выявления малярии с длительной инкубацией можно также использовать этот путь и сделать попытку определения, имеют ли свежие заболевания весной на юге те же особенности течения, как и малярия с длительной инкубацией на севере. Для этого мы считаем целесообразным уточнить следующие вопросы: 1) помесячный ход свежей заболеваемости в первом полугодии; 2) наличие рецидивов; 3) наличие очаговости в распространении малярии с длительной инкубацией.

Изучение хода заболеваний среди детей, родившихся в неэпидемическом сезоне и заразившихся малярией в первый эпидемический сезон со дня рождения, также может помочь в определении удельного веса малярии с длительной инкубацией. Такую работу провел в Кишиневе А. И. Гринберг.

По имеющимся в нашем распоряжении материалам, по Северному Кавказу, Закавказью, Молдавской ССР ход свежих заболеваний в первом полугодии напоминает ход заболеваний на севере (постепенный подъем, начиная с марта, и достижение максимума в мае или июне).

В Средней Азии даже при правильной диагностике свежих заболеваний далеко не всегда наблюдается такой типичный ход заболеваний; бывают случаи, когда число заболеваний в зимние месяцы превышает число заболеваний во II квартале, но этот вопрос еще требует изучения. Точно так же на юге следует уточнить вопрос и о рецидивах через короткие сроки после первичного проявления характерных для малярии с длительной инкубацией на севере, так как предварительные данные не дают основания ответить положительно на этот вопрос, а специально этим никто не занимался.

Выявление очаговости в распространении малярии с длительной инкубацией на юге могло явиться доказательством наличия «северного» штамма.

Однако очаговость в распространении малярии с длительной инкубацией на юге, в Средней Азии ни нам, ни Магдиеву, ни Исетову, ни Елькиной, Цветковой и Жукову не удалось установить. В Закавказье и в Кабардинской АССР были выявлены отдельные случаи по 2 заболевания малярией весной в одной семье, которые не было оснований трактовать как весенние домовые заражения малярией с короткой

инкубацией, а можно было считать малярией с длительной инкубацией.

В заключение необходимо высказать пожелание о продолжении изучения вопроса о распространении трехдневной малярии с длительной инкубацией в различных эпидемиологических условиях на юге, так как уточнение времени и места заражения каждого больного малярией приобретает особое значение в период, когда поставлена задача полной ликвидации малярии в СССР.

ЛИТЕРАТУРА

Авдеева Т. Я., Никифорова А. В., Зимние наблюдения над малярийными комарами в окрестностях Сочи, Медицинская паразитология и паразитарные болезни, 1941, X, № 1, 39—44.—Джалалян З. А., Удельный вес свежей заболеваемости малярией с длительной инкубацией в Ростовской области, Медицинская паразитология и паразитарные болезни, 1943, XII, № 2, 9—13.—Джапаридзе П. С., К вопросу о продолжительной инкубации при малярии, Вестник тропической медицины, 1929, 2, 6, 431.—Джапаридзе П. С., Малярия на Черноморском побережье Кавказа и эпидемиологические сдвиги за время Великой Отечественной войны, Медицинская паразитология и паразитарные болезни, 1947, XVI, 2, 13—22.—Исаакян А. Г., О длительности инфекции трехдневной малярии, Труды Института малярии и медицинской паразитологии, 1951, в. 5. 65—72.—Лисова А. И., Софиев М. С., Эскин В. А., Опыт заражения комаров, Медицинская паразитология и паразитарные болезни, 1946, XV, 4, 40—44.—Магдиев Р. Р., К вопросу об удельном весе трехдневной малярии с длительной инкубацией в г. Катта-Кургане, Медицинская паразитология и паразитарные болезни, 1953, 3, 217—221.—Мошковский Ш. Д., Функциональная паразитология, Очерк третий, Медицинская паразитология и паразитарные болезни, 1946, 15, 6, 3—19.—Николаев Б. П., Подвиды паразита трехдневной малярии (Plasmodium vivax). Доклады Академии наук СССР. Новая серия, 1949, т. XVII, 1, 201—204.—Он же, О четвертом виде малярийного паразита человека (Plasmodium ovale) и обнаружении в СССР, Зоологический журнал, 1951, XXX, 3, 211—216.—Рухадзе Н. П., К вопросу о длительной инкубации при малярии, Тропическая медицина и ветеринария, 1930, VIII, 4—5, 1—5.—Сергиев П. Г., Итоги изучения проблемы малярии в СССР за 30 лет, Медицинская паразитология и паразитарные болезни, 1947, XVI, 6, 3—15.—Он же, Профилактика малярии, Медицина на воздушном транспорте, 1946, 111—131.—Ходукин Н. И., Лисова А. И., К вопросу о возможности зимних заражений малярией, Медицинская мысль Узбекистана, 1927, № 6—7.—Элигулашвили К. И., Некоторые данные по эпидемиологии малярии в Сухуми и Сухумском районе, Медицинская паразитология и паразитарные болезни, 1947, 16, 2, 23—35.—Laveran A., Traité du paludisme, Paris, 1898.

О МАЛЯРИИ С ДЛИТЕЛЬНОЙ ИНКУБАЦИЕЙ В МОЛДАВСКОЙ ССР

А. Я. Лысенко

Из Института малярии, медицинской паразитологии и гельминтологии Министерства здравоохранения СССР (дир. института — проф. П. Г. Сергиев)

(Поступила 28/XII 1953 г.)

Среди вопросов, разрабатываемых в связи с изучением проблемы трехдневной малярии с длительной инкубацией, важное место занимает ее экстенсивность и интенсивность распространения. До последнего времени они разрешались только методом эпидемиологического анализа (Духанина, 1946; Куллэ, 1948; Духанина и Королева, 1948, и др.). В 1949 г. во время работы экспедиции Института малярии, медицинской паразитологии и гельминтологии Министерства здравоохранения СССР в Молдавской ССР возникла необходимость точного определения штаммов трехдневной малярии, распространенных в зоне массового примене-

ния экспедицией ДДТ. Объяснялась эта необходимость исключительной сложностью эпидемиологической обстановки, которая сложилась в Молдавии к сезону 1949 г. и вследствие которой в ряде случаев было затруднительно дать правильную оценку эффективности ДДТ по одним лишь эпидемиологическим данным.

Проводя экспериментальное определение штаммов P. vivax в очаге с резко сниженным вследствие применения ДДТ риском заражения, мы имели одновременно возможность уточнить эпидемиологический важный вопрос о предельных сроках первичных проявлений трехдневной малярии с длительной инкубацией [1].

При эпидемиологическом анализе данных по свежей заболеваемости сроком прекращения заболеваний с длительной инкубацией условно считается время возможного появления первых свежих больных трехдневной малярией, инфицированных в данном году (Духанина, 1946; Куллэ, 1948). Несомненно, однако, что первичные проявления малярии с длительной инкубацией могут иметь место и после появления первых больных малярией с короткой инкубацией заражения данного года. В частности, в Молдавской ССР, где сезон передачи продолжается с июня—июля по сентябрь — октябрь, первичные проявления после длительной инкубации можно предположительно ожидать в период по июль — август следующего года включительно [2]. Проверку этого предположения мы имели возможность провести, наблюдая за больными, находящимися на малариотерапии.

Методика работы

Методика определения штаммов сводилась кратко к следующему. Комары A. maculipennis messeae выплаживались в лаборатории из личинок и куколок, собранных в природе. Комаров заражали штаммом трехдневной малярии от больных, впервые заболевших в данном году в разные месяцы эпидемического сезона. Сразу же после заражения комаров помещали в так называемые оптимальные условия спорогонии (температура 23—27°, относительная влажность 60—70%), в которых они и находились до завершения в них спорогонии P. vivax. По истечении срока, необходимого для завершения спорогонии, зараженных комаров кормили на лицах, нуждающихся в малариотерапии. Каждую партию зараженных комаров кормили на одном-двух больных. Насосавшихся комаров вскрывали для установления наличия спорозоитов в их слюнных железах.

Кровь на плазмодиев у инокулированных лиц исследовали, начиная с 10-го дня после прививки, ежедневно в течение месяца. Если в этот период паразиты в крови не были обнаружены, исследование крови повторяли раз в неделю до появления паразитов или в течение не менее года со дня заражения. Измерение температуры у наблюдаемых лиц производили дважды в сутки. Продолжительность интервала от заражения до начала заболевания малярией привитых лиц служила показателем групповой принадлежности штамма, послужившего источником заражения данной партии комаров. Все привитые с целью малариотерапии лица весь период наблюдения находились в условиях, исключающих возможность контакта их с комарами.

---

[1] Помощь в организации и проведении данной работы была оказана заведующей Молдавской республиканской противомалярийной станцией И. М. Бискер, кандидатом биологических наук П. Б. Левитанской и лаборантом М. М. Окулист.

[2] С учетом того, что средняя продолжительность длительного инкубационного периода, по экспериментальным данным, составляет 9—10 месяцев (Николаев, 1935; Сергиев, 1950).

Характеристика больных, у которых производилось определение разновидности малярии, и результаты этого определения

Таблица 1

Фамилия исследованных больных	№ регистрационной карты	Местный или приезжий	Когда болел малярией в 1948 г.	Проходил ли химиопрофилактику в 1948 г.	Дата заболевания в 1949 г.	Предположительная разновидность малярии	Число больных, которым проводилась малариотерапия	Когда болел малярией	Дата прививки 1949 г.	Дата появления паразитов в крови	Продолжительность инкубации	Разновидность малярии
Е.	2	Местный	Не болел	Нет	16/VI	Южная	1	28 III 1948 г.	13 VI	25/VII 1949 г.	12 дней	Южная
К-а	3	Приехал в апреле 1948 г.	Осенью	»	17/VII	»	2	Не болел	14/VII	7 VIII 1949 г.	24 дня	»
Д	5	Местный	Не болел	Да	14 VI	»	2	5 II 1948 г. Не болел	14/VII 13 VII	7/VIII 1949 г. 9 VIII 1949 г.	24 » 27 дней	» »
П-о	6	»	» »	Нет	23/VI	»	1	В апреле 1949 г.	14/VII	9/VIII 1949 г	26 »	»
П-в	8	»	Май, июнь	»	9/VI	»	2	Не болел	13/VII	30/VII 1949 г.	17 »	»
Ш-в	12	»	Август	»	27/VI	»	1	26/VIII 1948 г. Не болел	27/VII 27/VII	5/VIII 1949 г. 5/VIII 1949 г.	9 » 9 »	» »
М-в	7	»	Начало июля	Да	3/VII	»	2	Не болел 18/IX 1948 г. 1947 г.	27/VII 27/VII 27/VII	24/VIII 1949 г. 17 V 1950 г. 19/VIII 1949 г.	28 » 9 месяцев 20 дней 23 дня	» Неясно
В.	9	Приехал в июне 1948 г.	Не болел	Нет	6/VII	»	1	1935 г.	26/VII	7/V 1950 г.	9 месяцев 11 дней	Северная
Ш.	17	Местный	» »	Да	20/VII	»	2	Не болел	18/VIII	2/IX 1949 г.	15 »	Южная
Г.	19	»	» »	Нет	22/VII	»	1	» »	18/VIII	29/VIII 1949 г.	11 »	
О.	21	»	Август	»	26/VII	»	1	» »	18 VIII	18 V 1950 г.	9 месяцев	Северная
М-а.	24	»	Не болела	»	1/VIII (паразитоносительство)	»	1	» »	17 VIII 18/VIII	29 VIII 1949 г. 3/V 1950 г.	12 дней 8 месяцев 16 дней	Южная Северная
М-о.	25	»	Август	»	1/VIII	»	1	» »	17/VIII	28/VIII 1949 г.	11 »	Южная
Р.	30	»	Март	»	3/VIII	»	1	» »	24/VIII	10/V 1950 г.	8 месяцев 16 дней	Северная
М-о.	29	»	Не болел	»	4/VIII	»	1	» »	26/VIII	10/III 1950 г.	6 месяцев 10 дней	»

Экспериментальные данные

Всего проведено заражение 38 партий комаров (1 026 комаров). Зараженными оказалось 28 партий. В июне было заражено 6 партий и все заразились; в июле 17, из них только 10 заразились; в августе 13, заразилось 12 и в сентябре 2, но обе партии не заразились.

Характеристика больных, у которых производилось определение разновидности трехдневной малярии, и результаты этого определения приведены в табл. 1. Сведения приводятся только для тех 15 больных, прививка штамма от которых удалась, и тех 20 привитых лиц, которые имели проявления малярии после прививки с целью малариотерапии.

При заполнении графы табл. 1 «Предположительная разновидность малярии» учитывались, помимо сведений, приведенных в таблице, также фенологические и метеорологические данные. Согласно этим данным, спорогония в комарах в природе в сезон 1949 г. могла предположительно завершиться к 1/VI; случаи свежих заболеваний после короткой инкубации заражения данного года могли появиться, следовательно, не ранее 14/VI.

Как видно из табл. 1, у всех 15 больных закономерно было предполагать только южную разновидность (с короткой инкубацией): у 7 человек (регистрационные карты № 2, 6, 9, 19, 24, 29 и 30) — свежее заболевание после заражения в данном году, у 8 остальных — рецидив после заражения в предыдущем сезоне или, возможно, в ряде случаев также свежее заболевание как результат реинфекции в данном году.

При определении групповой принадлежности штаммов четкий результат получен для 14 исходных больных, из которых у 9 определена южная разновидность малярии, а у 5 северная. Это значит, что у 5 больных имело место несовпадение предположительного определения разновидности с окончательным определением. Следует отметить, что все пять несовпадений отмечаются в группе больных, не болевших и не проходивших химиопрофилактику в предыдущем (1948) году и поэтому определенных выше как случаи свежих заболеваний после заражения в данном году (регистрационные карты № 9, 19, 24, 29 и 30).

По срокам первичных проявлений малярии в данном (1949) году больные распределялись весьма своеобразно. Из 5 больных, у которых была определена северная разновидность трехдневной малярии, 2 впервые заболели в июле (регистрационные карты № 9 и 19) и 3—в августе (регистрационные карты № 24, 29 и 30). В то же время все 6 больных, заболевших впервые в данном году в июне, имели южную разновидность малярии (табл. 2).

У одного больного (регистрационная карта № 7) определение штамма дало нечеткий результат, так как один из двух больных, привитых

Таблица 2

Доля южной и северной разновидности малярии у больных в зависимости от месяца первичного обращения

Месяц первичного обращения в 1949 г.	Число больных	Из них оказалось		Доля лиц	
		с южной разновидностью	с северной разновидностью	с южной разновидностью	с северной разновидностью
Июнь	6	6	—	1	0
Июль	4	2	2	1/2	1/2
Август	4	1	3	1/4	3/4
Всего. . .	14	9	5	2/3	1/2

этим штаммом, заболел через 23 дня после прививки, другой — через 9 месяцев 20 дней. Ввиду неясности этого примера мы не считаем возможным обсуждать его.

Обсуждение полученных данных

Как видно из табл. 1, первичные проявления малярии у лиц, заболевших после длительной инкубации, приходятся на период с 6/VII по 4/VIII включительно. Надо полагать, что первичные проявления после длительной инкубации имели место и в более ранние месяцы, в частности, в июне. И тот факт, что из 6 обследованных нами лиц, впервые заболевших в данном году в июне, не оказалось ни одного с северной разновидностью малярии, говорит только о том, что в этот месяц южная разновидность среди обращавшихся к нам больных заметно преобладала над северной.

Не имея объективных данных для отличия свежих случаев заболеваний малярией с короткой инкубацией от отдаленных рецидивов, мы не можем с точностью решить вопрос о сезоне заражения больных с южной разновидностью малярии. Судя по анамнестическим сведениям, заболевание у двух больных из этой группы (регистрационные карты № 2 и 6) следовало бы считать свежим после заражения в данном сезоне. У остальных 7 больных проявления малярии можно считать отдаленными рецидивами на основании того, что 5 из них (регистрационные карты № 3, 8, 12, 21 и 25) перенесли острое заболевание в предыдущем сезоне, а у двух других (регистрационные карты № 5 и 17) начальные проявления инфекции могли пройти незаметно для самих больных вследствие систематического приема ими противомалярийных препаратов.

Принимая такую трактовку вопроса о сезоне заражения больных с южной разновидностью малярии, следует отметить, что в общем из числа июньских, июльских и августовских больных, заразившихся в предыдущем году, 7 больных имели южную разновидность трехдневной малярии и 5 северную. Преобладание южной разновидности малярии, как видим, незначительное.

Следует, однако, учесть, что при этом способе определения соотношения двух разновидностей трехдневной малярии, искусственно занижается доля южной разновидности за счет недоучета части лиц, не давших отдаленных рецидивов. Но даже с учетом этой поправки, доля северной разновидности малярии в приднестровской зоне Молдавской ССР должна считаться значительной, составляя, ориентировочно от $^1/_4$ до $^1/_3$ всех случаев заболеваний трехдневной малярией.

Что касается предельного срока проявлений малярии с длительной инкубацией, то, не имея в этом отношении исчерпывающих данных, можно все-таки сказать, что первичные проявления малярии после длительной инкубации в течение всего июля и в начале августа не являются в Молдавии особенной редкостью.

Понятно, что при эпидемиологическом анализе данных заболеваемости или оценке эффективности противомалярийных мероприятий в Молдавской ССР можно допустить значительные неточности, если не учитывать, что известная часть свежих заболеваний в эпидемический период является следствием заражения не в данном, а в предыдущем сезоне.

Выводы

1. К периоду первичных проявлений трехдневной малярии с длительной инкубацией в Молдавской ССР следует относить, помимо весенних месяцев, также весь июль и первую половину августа.

2. Необходимо использовать способность ДДТ резко снижать передачу инфекции в очаге его применения для проведения дальнейших исследований по определению доли северной разновидности трехдневной малярии в разные месяцы эпидемического сезона в основных малярийных зонах юга Молдавской ССР.

ТРЕХДНЕВНАЯ МАЛЯРИЯ С ДЛИТЕЛЬНОЙ ИНКУБАЦИЕЙ В КИШИНЕВЕ

А. И. Гринберг

Из Кишиневской городской противомалярийной станции

(Поступила 3/III 1954 г.)

Вопрос о распространении трехдневной малярии с длительной инкубацией в Молдавии почти не изучен. Изучение его в настоящее время стало особенно актуальным в связи с тем, что на фоне резкого снижения малярии вообще заболеваемость малярией с длительной инкубацией остается еще на высоком уровне.

С целью изучения трехдневной малярии с длительной инкубацией в Кишиневе, для уточнения ее удельного веса в общем числе свежих случаев и сроков наиболее позднего ее проявления нами проанализированы отчетные материалы о заболеваемости малярией за 9 лет, начиная с 1945 г., индивидуальные карты больных малярией за последние 2 года, данные о заболеваемости малярией детей, заразившихся в первый год жизни за 1948—1950 гг. и данные фенологических наблюдений за 1946—1953 гг.

На основании фенологических наблюдений и температурных данных можно было установить сроки сезона эффективной заражаемости комаров в Кишиневе (табл. 1). Самая ранняя дата окончания спорогонии была в 1950 г. (30/V) и самая поздняя в 1952 г. (20/VI). Наиболее длин-

Таблица 1

Начало и конец сезона эффективной заражаемости комаров в 1946—1953 гг.

Год	Спорогония у комаров первого поколения				Спорогония у комаров последнего поколения			
	дата вылета первого поколения комаров	дата окончания спорогонии	продолжительность спорогонии в днях	среднесуточная температура воздуха во время спорогонии	дата вылета последнего поколения с возможной эффективностью заражения	дата окончания спорогонии	продолжительность спорогонии в днях	среднесуточная температура воздуха во время спорогонии
1946	15/V	3/VI	20	20°	1/IX	25/IX	26	19,7°
1947	30/IV	3/VI	35	17°	16/VIII	20/IX	36	17°
1948	10/V	13/VI	33	17,35°	15/VIII	12/IX	29	18°
1949	14/V	3/VI	21	19°	13/VIII	10/IX	29	17,6
1950	4/V	30/V	27	18,2°	23/VIII	22/IX	31	17,7
1951	26/IV	8/VI	44	16,8°	30/VIII	19/IX	20	20°
1952	9/V	20/VI	43	16,2°	5/IX	3/X	29	17,5°
1953	22/V	11/VI	21	19,7°	27/VIII	27/IX	32	17,4°

ный эпидемический сезон был в 1950 г. — 113 дней, и наиболее короткий в 1948 г. — 89 дней. Проявления свежих случаев заболеваний малярией с короткой инкубацией имеют место со второй половины июня.

В ходе заболеваемости малярией в 1945—1947 гг. отмечается незначительный подъем во II квартале и резкий подъем в III квартале (август или сентябрь). Первый подъем обусловлен отдаленными рецидивами и свежими случаями заболевания малярией с длительной инкубацией (трехдневная малярия). Второй подъем обусловлен в основном свежими случаями трехдневной малярии с короткой инкубацией и тропической малярией. В 1948—1949 гг. основной подъем наблюдался во II квартале, а летне-осенний подъем отсутствовал, так как в эти годы проведены противомалярийные мероприятия и, в частности, барьерная обработка препаратами ДДТ. Кривая заболеваемости за 1950 г. имеет также одновершинный характер с незначительным подъемом в июне. С 1951 г. при резком снижении малярии уже нет четко отграниченных периодов подъема заболеваемости малярией.

Все свежие случаи заболевания малярией, зарегистрированные до середины июня или до начала июля и подтвержденные микроскопически, за исключением врожденной и прививной малярии и больных малярией, у которых во втором полугодии предыдущего года наблюдалось лихорадочное состояние без определенного диагноза, мы отнесли к трехдневной малярии с длительной инкубацией.

Удельный вес свежих случаев заболевания трехдневной малярией с длительной инкубацией за 8 эпидемических лет приведен в табл. 2.

Таблица 2

Удельный вес малярии с длительной инкубацией за 1945/46—1952/53 эпидемические годы

Свежие заболевания малярией с длительной инкубацией	Эпидемические годы							
	1945/46	1946/47	1947/48	1948/49	1949/50	1950/51	1951/52	1952/53
Число	95	177	1 441	794	107	23	16	6
Процент	13,26	16,08	16,2	16	7,3	6,57	21,3	12,5

Процент заболеваний малярией с длительной инкубацией был меньше всего в 1949/50 эпидемическом году (7,3) и больше всего в 1951/52 (21,3).

Нами были также разработаны материалы о заболеваемости малярией 107 детей в возрасте до 2 лет с микроскопически подтвержденным диагнозом (табл. 3).

В 1948 г. их было 63, в 1949 г.—35 и в 1950 г.—9 детей.

В 1951—1953 гг. не зарегистрировано ни одного случая заболеваний малярией среди детей этого возраста.

Пять детей, родившихся в январе, феврале и марте, заболели малярией в апреле того же года и их заболевание связано с заражением малярией во время переливания крови. Это было установлено путем тщательного анализа каждого заболевания. Один ребенок родился 2/VI и заболел 14/VI того же года, т. е. его заболевание следует отнести к случаям врожденной малярии. Все 78 случаев заболевания малярией, зарегистрированных с июля по октябрь, относятся к случаям с короткой инкубацией. Также следует отнести к случаям малярии с короткой инкубацией 11 больных, заболевших в следующем малярийном сезоне. У одного ребенка первичное проявление малярии было зарегистрировано в декабре. Остальные 11 больных детей не имели никаких проявлений забо-

Таблица 3

Заболеваемость малярией детей в возрасте до 2 лет за 1948—1950 гг.

Месяц рождения	Всего	Месяц заболевания																					
		январь	февраль	март	апрель	май	июнь	июль	август	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь	январь	февраль	март	апрель	май	июнь	июль	август	сентябрь	октябрь
Октябрь . .	3							1		1	1												
Ноябрь . .	3						1		2														
Декабрь . .	6						1		1	4	3												
Январь . .	13				2		1	4	6														
Февраль . .	11				2		1	1		4													
Март . . .	7				1		1	1	2	2													
Апрель . .	6						1		2	2							1						
Май	13						1	1	2	6	1						1	1					
Июнь . . .	14						2	1	2	5	3								1				
Июль . . .	13									7									5	1			
Август . . .	10									3	2		1					1	2		1		
Сентябрь .	8															2		1	3	1	1		
Итого	107	—	—	—	5	—	9	9	17	34	10	—	1	—	—	2	2	3	11	2	2		

левания в течение эпидемического сезона данного года и дали первые проявления малярии в марте, апреле, мае и июне следующего года. Все эти заболевания относятся к случаям с длительным инкубационным периодом.

Таким образом, при изучении свежей заболеваемости малярией среди детей заразившихся в первый эпидемический сезон со дня рождения, выявлено, что больные малярией с короткой инкубацией составляют 88,1%, а с длительной инкубацией 10,9%.

Необходимо также было определить наиболее поздние сроки первичных проявлений малярии с длительной инкубацией.

В связи с проведением в Кишиневе сплошной и барьерной обработки ДДТ риск заражения резко уменьшился, и в последние 2 года местные заражения малярией были только в предместьях. Поэтому представилась возможность установить в 1952 и 1953 гг. и поздние первичные проявления малярии с длительной инкубацией у заразившихся вне Кишинева.

Заражение одной группы населения произошло в населенном пункте, в 80 км от города, куда эти лица выезжали на отдых летом на 2—3 недели. Из 18 человек, заболевших малярией, которые отдыхали там в августе 1951 г., 9 заболели почти одновременно в начале июня 1952 г., остальные дали первичные острые проявления малярии в июле и августе. После проведения сплошной обработки ДДТ во второй половине августа 1952 г. не было больше зарегистрировано ни одного случая малярии у приезжих из этого населенного пункта.

У 38 больных привозной малярией с длительной инкубацией было определено вероятное время заражения (последний срок пребывания в неблагополучных по малярии местах). Заболевания этих лиц распределялись с марта по сентябрь следующего за годом заражения года (табл. 4).

Продолжительность длительной инкубации колебалась от 7—8 до 13 месяцев и выше (табл. 5), но больше всего больных (16) заболело после инкубации в 10—11 месяцев.

С целью полной ликвидации свежих случаев заболевания малярией местного заражения необходимо проводить обработку очагов препара-

Таблица 4

Распределение проявлений трехдневной малярии с длительной инкубацией

Год	Месяц заражения	Число заразившихся малярией	Месяц проявления							Год проявления
			март	апрель	май	июнь	июль	август	сентябрь	
1951	Июль . . .	5	—	—	2	1	1	1	—	1952
	Август . . .	17	—	—	3	10	1	3	—	
	Сентябрь .	5	—	1	1	1	2	—	—	
1951	Июль . . .	5	1	—	—	3	—	—	1	1953
	Август . . .	4	—	—	—	2	2	—	—	
	Сентябрь .	2	—	—	—	2	—	—	—	
	Всего . . .	38	1	1	6	19	6	4	1	

Таблица 5

Приблизительная продолжительность длительной инкубации у 38 обследованных больных малярией

Месяцы	7—8	8—9	9—10	10—11	11—12	12—13	Свыше 13
Число заболевших . . .	1	2	6	16	7	4	1

тами ДДТ, противоличиночную работу, диспансерное наблюдение за каждым больным малярией в течение 2 лет, а также проводить наблюдение за каждым лихорадящим больным с обязательным анализом крови.

ОБ УДЕЛЬНОМ ВЕСЕ ТРЕХДНЕВНОЙ МАЛЯРИИ С ДЛИТЕЛЬНОЙ ИНКУБАЦИЕЙ В АДЖАРСКОЙ АССР

С. Д. Авалишвили, Т. П. Инцкирвели

Из республиканской противомалярийной станции Аджарской АССР

(Поступила 7/IV 1954 г.)

Поскольку вопрос о распространении трехдневной малярии с длительной инкубацией на юге представляет теоретический и практический интерес в деле рационального планирования мероприятий по борьбе с малярией, мы занялись определением ее удельного веса в различных географических зонах Аджарской АССР.

Аджарская АССР состоит из 2 резко выраженных географических районов: приморской низменной и холмистой части, известной под именем Кобулети, и внутренней или горной Аджарии. Эти два географических района имеют не только различный рельеф, климат, почвенный покров и экономику, но различаются также по малярийному статусу.

Климат приморской полосы Аджарии влажно-субтропический. Среднегодовая температура равна 14—15°, средняя температура января 5—7°, а абсолютный минимум температуры не спускается ниже 8—9°. Осадков выпадает за год в среднем около 2 400 мм.

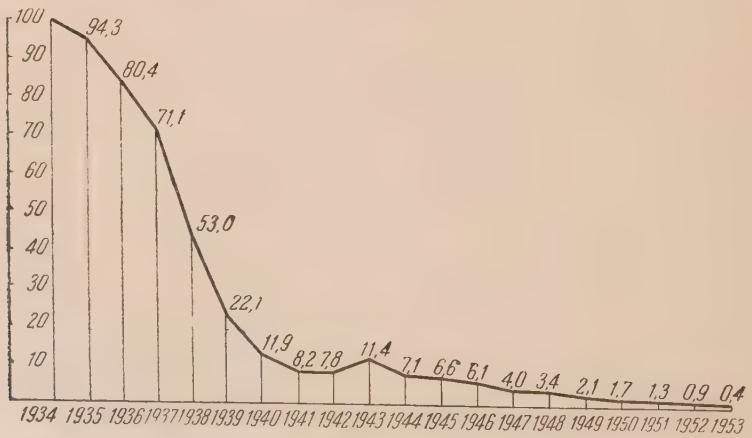
Температура, благоприятная для жизнедеятельности комара, наступает в апреле и продолжается до ноября. В течение малярийного сезона бывает не менее 5—6 генераций комаров. Средняя годовая относительная влажность колеблется от 70 до 80%.

Основные массивы заболоченностей Аджарской АССР тянутся по дну речных долин и по берегу моря. Значительная заболоченная площадь, климатические и метеорологические особенности низменной полосы Аджарии создают прекрасные условия для выплода комаров.

Из кровососущих комаров в этой полосе Аджарской АССР встречаются: Anopheles, Culex и Aëdes; из рода Anopheles преобладают A. maculipennis Meig и A. bifurcatus L., которым и принадлежит эпидемиологическая роль. Кроме них, в ограниченном количестве встречаются: A. plumbeus Steph., A. superpictus Gr. и A. hyrcanus Pall.

Приморская полоса Аджарии (Кобулетский и Батумский районы) в прошлом представляла собой очаг с высоким уровнем эндемии малярии. Географические особенности, экономика и малярийная обстановка нагорной внутренней части Аджарской АССР характеризуются следующими данными: климат суше, чем в приморской части, осадков выпадает меньше (1 500—1 200 мм). Среднегодовая температура равна 5—7°, абсолютный минимум спускается до —14°, а абсолютный максимум может доходить до 33—40°. Относительная влажность равна 60—70%. Температура, благоприятная для жизнедеятельности комара, наступает с середины июля и длится до конца августа. В течение сезона бывает до 3 генераций комаров, следовательно, там эпидемический сезон малярии короткий. Больших заболоченностей в горной полосе Аджарии нет. Местами выплода комаров служат поймы горных рек, мелкие горные озера и оросительные каналы там, где их неправильно эксплоатируют и плохо содержат.

В этом районе встречаются A. maculipennis и A. bifurcatus. Эпидемиологическая роль принадлежит A. maculipennis.



Заболеваемость малярией по Аджарской АССР (в процентах).

В Аджарской АССР с 1934 г. в результате проводимых противомалярийных мероприятий, значительного освоения заболоченных массивов под чайные и цитрусовые плантации, а также заметного улучшения материального благосостояния населения, заболеваемость малярией из года в год планомерно снижалась (см. рисунок).

Такое снижение заболеваемости привело в 1953 г. к ликвидации малярии как массового заболевания не только по республике в целом, но и по отдельным районам.

С 1949 г. в Аджарии не были зарегистрированы местные случаи заболевания тропической и четырехдневной малярией.

По данным весеннего обследования на малярию за ряд лет, пораженность населения весьма мала: паразитарный индекс не превышает 0,2, селезеночный 1,8 и индекс Росса 1,3.

С целью изучения малярии с длительной инкубацией были использованы за прошлые годы единые карты больных малярией, амбулаторные журналы врачебных участков, журналы обследования лаборатории и за последние годы — карточки экстренных извещений и карты эпидемиологических обследований. Разработка документации была проведена для низменной полосы Аджарии, включающей приморскую полосу Батумского и Кобулетского районов за последние 8 лет (1946—1953), и для горной полосы, в частности, по Хулойскому району с 1950 по 1953 г.

Разработке были подвергнуты только лабораторно подтвержденные свежие случаи заболевания малярией, к которым были отнесены: 1) никогда не болевшие малярией; 2) болевшие один год назад; 3) болевшие более одного года назад; 4) болевшие в II квартале предыдущего года и вновь заболевшие во II квартале данного года.

За эти же годы по фенологическим наблюдениям и температурным данным было установлено, что в низменной полосе Аджарии начало сезона эффективной заражаемости комаров в основном приходится на вторую декаду мая, а конец на вторую декаду сентября.

Сезон передачи малярии здесь начинается в первой декаде июня, а конец падает на третью декаду октября. Начало эпидемического года в низменной полосе примерно относится к 15—20/VI.

Зимнее заражение комаров представляется маловероятным. По данным фенологических наблюдений, не имеется и весенних заражений, поэтому свежие случаи заболевания малярией до начала эпидемического года следует рассматривать как случаи заражения в предыдущем году, т. е. как малярию с длительной инкубацией.

Заболеваемость малярией в низменной полосе Аджарской АССР из года в год неуклонно снижалась, ежегодное снижение заболеваемости колебалось между 22,2% (1948) и 51,6% (1953).

Пораженность населения, по данным весеннего обследования, за эти годы низкая: паразитарный индекс не превышал 0,1, селезеночный индекс 1,0 и индекс Росса 1,5.

Здесь проводится весь комплекс противомалярийных мероприятий с акцентом на мероприятиях по борьбе с переносчиком.

Удельный вес свежей заболеваемости в первичной обращаемости колебался от 55 (1947) до 79,5% (1950).

За 8 лет в низменной полосе Аджарии было зарегистрировано 639 больных со свежим заболеванием трехдневной малярией с короткой инкубацией. Свежих заболеваний малярией с длительной инкубацией было 96 (табл. 1).

Неболевших и не принимавших противомалярийные препараты было 70%.

Из общего количества 735 свежих заболеваний малярией были исключены: болевшие тропической малярией—25, т. е. 3,4%, больные, принимавшие противомалярийные препараты с профилактической целью, — 139, т. е. 19,2%, и 95 больных, т. е. 13%, приехавших с севера и там заразившихся малярией.

Из всех свежих заболеваний у людей, не болевших совсем и не принимавших противомалярийных препаратов или болевших один год назад

Таблица 1

Год	Всего со свежим заболеванием малярией с длительной инкубацией	Из них						
		не болели			болели			
		не принимали противомалярийных препаратов с профилактической целью	принимали противомалярийные препараты с профилактической целью	приехали с севера, где заразились малярией	один год назад	более года назад	во II квартале предыдущего года и вновь заболели во II квартале текущего года	тропической малярией
1946	17	10	2	5	—	—	—	—
1947	6	3	1	—	—	—	2	—
1948	5	4	—	—	1	—	—	—
1949	15	9	4	—	—	1	1	—
1950	10	7	—	2	—	—	1	—
1951	11	6	2	1	1	—	1	—
1952	14	12	—	—	1	—	1	—
1953	18	16	—	1	1	—	—	—
Итого	96	67	9	9	4	1	6	—

и более, мы определили удельный вес трехдневной малярии с длительной инкубацией (табл. 2).

Таблица 2

Год	1946/47	1947/48	1948/49	1949/50	1950,51	1951/52	1952/53	Всего
Всего свежих заболеваний за эпидемический год	86	63	92	67	48	50	41	447
Из них с малярией с длительной инкубацией число .	5	5	11	8	8	14	17	68
Из них с малярией с длительной инкубацией % . .	5,8	7,9	12	11,9	16,6	28	42,8	15,2

Проявления малярии с длительной инкубацией начинаются с января и максимум ее приходится на май и июнь.

В горной полосе Аджарии, в частности, по Хулойскому району, по фенологическим наблюдениям и температурным данным, сезон эффективной заражаемости комаров начинается в среднем 27/V и кончается 26/VII. Сезон передачи малярии начинается в среднем с 5/VII и кончается 14/X. Начало эпидемического года, по нашим расчетам, было: в 1950 г. 10/VIII, в 1951 г. 10/VII, в 1952 г. 10/VIII и в 1953 г. 10/VII.

Заболеваемость малярией в этом районе, так же как в целом по республике, давала ежегодное снижение и в 1953 г. была достигнута ликвидация малярии как массового заболевания. Снижение колебалось между 18,1 (1950) и 70,2% (1952).

Пораженность населения за этот же период не высокая. По данным весеннего обследования, паразитарный индекс не превышает 0,5, селезеночный индекс 1,8 и индекс Росса 1,1.

Ввиду ограниченной заболоченной площади в горной полосе и сравнительно низкого обилия комаров ведущим противомалярийным мероприятием здесь является борьба с возбудителем, тщательное выявление больных малярией и четкая их диспансеризация. Наравне с этим проводятся как малые гидротехнические работы, т. е. расчистка существующей ороси-

тельной сети и засыпка мелких горных озер, так и бонификационные работы с применением за последние годы в очагах ДДТ.

При анализе данных первичной обращаемости в горной полосе Аджарии (Хулойский район) за 4 года—с 1950 по 1953 г. (300 больных)—выясняется, что здесь малярия протекала в основном за счет свежих заболеваний (78,3%), причем процент первожизненных заболеваний равен 77,1 (182 из 235).

Свежих заболеваний малярией с короткой инкубацией было зарегистрировано за 4 года 57.

По данным о 178 свежих заболеваниях малярией с длительной инкубацией (табл. 3) видно, что 81,4% составляет группа, не болевшая и не принимавшая противомалярийных препаратов.

Таблица 3

Год	Всего со свежим заболеванием малярией с длительной инкубацией	Из них											
		не болели						болели					
		не принимали противомалярийных препаратов		принимали противомалярийные препараты с профилактической целью		приехали с севера, где заразились малярией		год назад		более одного года назад		во II квартале предыдущего года и вновь заболели во II квартале текущего года	
		число	%	число	%	число	%	число	%	число	%	число	%
1950	64	60	93,7	4	6,3	—	—	—	—	—	—	—	—
1951	47	23	48,8	5	10,6	2	4,2	5	10,6	2	4,2	10	21,6
1952	55	51	92,7	3	5,4	—	—	—	—	—	—	1	1,8
1953	12	11		1		—	—	—	—	—		—	—
Итого	178	145	81,4	13	7,3	2	1,1	5	2,8	2	1,1	11	6,3

Свежих заболеваний трехдневной малярией, которые мы могли бесспорно считать малярией с длительной инкубацией по всей горной полосе Аджарии, было 209.

В табл. 4 показан удельный вес малярии с длительной инкубацией.

Таблица 4

Год		1950/51	1951/52	1952/53	Всего
Всего свежих заболеваний за эпидемический год		54	74	14	142
Из них с малярией с длительной инкубацией	число	40	52	11	103
	%	74,1	70		72,5

Из 103 больных малярией с длительной инкубацией впервые заболело в марте—5, в апреле—6, в мае—30, в июне—35, в июле 25, в августе—2.

В связи с полным отсутствием в горной полосе риска зимнего и весеннего заражения малярией все свежие заболевания до начала эпидемического года с полной вероятностью надо отнести к малярии с длительной инкубацией.

Для подтверждения вопроса о наличии малярии с длительной инкубацией в горной полосе Аджарии нами под наблюдение были взяты все

296 жителей села Шуахеви Хулойского района, где осенью 1951 г. был подъем заболеваемости малярией.

Село это расположено вдоль реки Аджарис-Цхали, которая при весеннем половодьи разливается и оставляет то или иное количество затонов. Эти водоемы летом и являются местом выплода малярийного комара.

В октябре 1951 г. эпидемиологическая бригада республиканской противомалярийной станции провела обследование населения и установила, что паразитарный индекс равен 15,8, селезеночный индекс равен 7,5, индекс Росса 1,1, эндемический индекс 15,8. Всего было выявлено 23 человека с паразитами малярии и из них 12 были паразитоносителями. Была проведена очаговая обработка ДДТ, водоемы обработаны мазутом, всем больным было проведено систематическое лечение с дальнейшим переводом их на общественную химиопрофилактику, остальные члены семейств в очаге были взяты на индивидуальную химиопрофилактику до конца ноября. Систематическое лечение и химиопрофилактика проводились препаратом БП. Это селение в 1952 и 1953 гг. находилось под нашим наблюдением.

По данным записей в контрольных и обследовательских журналах врачебного участка села Шуахеви, а также по именным спискам больных малярией и данным лабораторного журнала, находящихся на малярийном пункте районного центра Хуло, было установлено, что в селе Шуахеви в предыдущие годы заболеваемость малярией была небольшая. В 1950 г. было учтено 10 больных трехдневной малярией с лабораторно подтвержденным диагнозом и относящихся, по нашему мнению, исключительно к свежим заболеваниям малярией с длительной инкубацией. До 18/X 1951 г. было учтено 23 первичных обращения по малярии, из них 22 со свежим заболеванием.

Индивидуальная химиопрофилактика ввиду малого количества комаров в 1950 г. и до начала октября 1951 г. не проводилась. В 1952 г. было зарегистрировано в селе Шуахеви 16 больных малярией, а в 1953 г. — ни одного. Начало эпидемического года бывает между 18 и 31/VII.

В 1951 г. до начала эпидемического года зарегистрировано 13 больных свежей малярией, из них 2 относятся к группе приехавших с севера и там заразившихся малярией, один — к группе болевших год назад, а остальные 10—к группе неболевших и не принимавших противомалярийные препараты.

С начала эпидемического года свежие заболевания малярией наступили у 10 человек, из них 3 относились к группе принимавших противомалярийные препараты с профилактической целью, один к группе приехавших с севера, а остальные 6 к группе неболевших и не принимавших противомалярийных препаратов.

Все свежие заболевания малярией в 1950 и 1952 гг. нужно отнести к случаям заболевания с длительной инкубацией, так как при абсолютном отсутствии риска весенне-зимнего заражения все они дали проявление свежего заболевания малярией до начала эпидемического года и относились к группе неболевших и не принимавших противомалярийные препараты.

В 1951 г. из 17 случаев свежей трехдневной малярии 11 были учтены до начала эпидемического года, из них два случая среди детей в возрасте до двух лет. Первый ребенок, 9 месяцев, родился в сентябре 1950 г. и заболел 5/V 1951 г., второй ребенок, 13 месяцев, родился в апреле 1950 г. и заболел 16/V 1951 г. Остальные 6 свежих заболеваний трехдневной малярией проявились в том же эпидемическом году: одно 6/VIII, два 12/IX—26/IX, остальные 5/X, 16/X, 18/X 1951 г.

Необходимо отметить, что в 1951 г. в селе Шуахеви имелся риск заражения малярией с короткой инкубацией. В частности, рецидив малярии

был 12/VII 1951 г. у приезжего из села Шрома Махарадзевского района Грузинской ССР.

Нужно считать, что вспышка малярии в селе Шуахеви в октябре 1951 г. шла за счет малярии с короткой инкубацией. На это указывает наличие больных малярией с короткой инкубацией во втором полугодии 1951 г. и данные обследования населения села Шуахеви на малярию с 15 по 19/X, при котором было выявлено 23 человека с паразитами малярии.

Помесячный ход свежих заболеваний трехдневной малярии за 2 эпидемических года по селу Шуахеви (табл. 5) указывает, что в селе Шуахеви заболевания протекали в основном за счет малярии с длительной инкубацией.

Таблица 5

Годы	Продолжительность эпидемического года	Общее количество свежих заболеваний	Месяц														
			июль	август	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь	итого	январь	февраль	март	апрель	май	июнь	июль	итого
1950—1951	31/VII—24/VII	11		—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	5	3	2	11
1951—1952	24/VII—31/VII	21	—	1	2	3	—	—	6	—	—	4	2	1	4	4	15
Итого . . .		32	—	1	2	3	—	—	6	—	—	4	3	6	7	6	26

Среди переболевших свежей трехдневной малярией с длительной инкубацией наблюдались рецидивы; но так как в 1951 г. имелся риск заражения малярией, то без экспериментальной проверки нельзя утверждать, что это рецидивы, а не новое заражение штаммом с короткой инкубацией (табл. 6).

Таблица 6

Год	Количество больных свежей малярией с длительной инкубацией	Дата заболевания	Дата рецидива	Интервал между началом заболевания и рецидивом (в месяцах)
1951	17	19/IV	15/X	6
		5/V	16/X	5
		13/V	16/X	5
		15/V	16/X	4
		17/VI	17/X	4
		9/VII	16/X	3
		16/V	3/III 1952 г.	10
1952	15	10/III	19/IV	1 мес.
		25/VI	10/VII	9 дней
				15 дней

Четко проводимая диспансеризация больных малярией в 1951—1952 гг. и тщательная очаговая обработка ДДТ дали ликвидацию малярии в селе Шуахеви, выразившуюся в полном отсутствии как заболевших малярией, так и паразитоносителей в 1953 г.

Выводы

1. В Аджарской АССР, наряду с трехдневной малярией с короткой инкубацией, встречаются случаи заболевания малярией с длительной инкубацией и их число различно в разных географических зонах республики.

2. В низменной полосе Аджарии трехдневной малярии с длительно инкубацией значительно меньше (15,2%), чем малярии с короткой инку бацией (84,8%). Проявление свежей трехдневной малярии с длительно инкубацией начинается с января с максимумом проявления в мае—июне

3. В горной полосе Аджарии удельный вес трехдневной маляри с длительной инкубацией значительно больше, чем в низменной полосе и в среднем за ряд лет составляет 72,5% всей свежей заболеваемости ма лярией и проявление свежей трехдневной малярии с длительной инкуба цией начинается с марта—апреля. Значительное число случаев имеетс и в летние месяцы.

4. Наличие на юге и, в частности, в Аджарской АССР, малярии с дли тельной инкубацией, существование которой лишь обосновано эпидемио логически, требует в дальнейшем клинического и экспериментальног подтверждения.

ВЛИЯНИЕ ТЕМПЕРАТУРНОГО РЕЖИМА ЗАПАДНО-СИБИРСКОЙ НИЗМЕННОСТИ НА СЕВЕРНУЮ ГРАНИЦУ АРЕАЛА, СРОКИ ОКРЫЛЕНИЯ И ИНТЕНСИВНОСТЬ ВЫПЛОДА ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫХ ГЕНЕРАЦИЙ ANOPHELES MACULIPENNIS

Г. И. Нецкий

Из паразитологической лаборатории Омского института эпидемиологии, микробиологии и гигиены (дир. института Г. В. Корнилова) и Омской областной противомалярийной станции

(Поступила 13/III 1954 г.)

Среди природных факторов, влияющих на возникновение и существование малярийного очага, важнейшее место принадлежит климату и прежде всего температурному режиму (В. Н. Беклемишев, 1947). В частности, условия температуры непосредственно влияют на сроки окрылени последовательных генераций переносчика и скорость водного развити комаров.

В условиях Западно-Сибирской низменности возможно окрылени не более 2—3 последовательных генераций A. maculipennis. Наиболее ран ние яйцекладки в районе Омска (55° северной широты, 74,2° восточно долготы) удавалось обнаружить в III декаде апреля. В Западной Сибир между 54° и 61° северной широты апрель — первый месяц, когда средне месячная температура приближается к 0° или даже является положител ной. В апреле впервые среднесуточные температуры превышают нижни порог развития A. maculipennis, который для средней полосы СССР лежи около 7,5° (В. Н. Беклемишев, 1944), а абсолютные максимальные темп ратуры впервые превышают 20°, т. е. возникают условия для водного ра вития A. maculipennis.

В. Н. Беклемишев (1944) указывает, что развитие личинок возможно при колеб ниях температуры от 5° до 15°, а П. А. Торгушин (1950) наблюдал развитие A. maculipe nis при постоянной температуре 10°. Наши данные (Г. И. Нецкий, 1942) указывают н возможность адаптации яиц A. maculipennis к периодическому охлаждению в услови ранней весны.

Мы условно приняли первый день, когда среднесуточная температ ра превышает 8°, как вероятный срок начала водного развития, котор

ступает до 61° северной широты в Западной Сибири в период с сере-
ины апреля до начала мая.

С момента окрыления комаров, выплодившихся от наиболее ранних
йцекладок, до момента окрыления комаров от последних в сезоне эффек-
вных яйцекладок, могущих завершиться окрылением, яйцекладки и вы-
од фактически происходят непрерывно.

Мы произвели расчеты продолжительности водного развития не толь-
от первого дня со среднесуточной температурой выше 8°, но и от каж-
го последующего дня, вплоть до прекращения выплода из-за осенних
олодов. Таким образом, определялось число дней в сезоне, когда могло
ачаться развитие водных стадий, завершающееся окрылением. Оно
авняется числу дней со среднесуточной температурой выше 8°, после
аждого из которых в дальнейшем набиралось достаточно тепла для за-
ершения развития.

Дата завершения развития, вычисленная от первого дня со средне-
уточной температурой выше 8°, рассматривалась как вероятная дата
ачала окрыления I генерации комаров; дата завершения развития, вычис-
енная от вероятной даты первых яйцекладок комаров I генерации, — как
ероятная дата окрыления комаров II генерации и т. д.

Последний в сезоне день со среднесуточной температурой выше 8°,
след за которым еще набиралось достаточно тепла для завершения развития, рассматривался как дата последних эффективных яйцекладок.

Вероятная дата первых яйцекладок комаров данной геренерации определялась путем прибавления суток на поиски добычи и кровососание плюс число дней, необходимое на завершение гонотрофического цикла. Последнее определялось по данным М. Ф. Шленовой (1938), по формуле, предложенной Ш. Д. Мошковским (1950).

Расчетные данные пригодны для ориентировки в условиях развития . maculipennis в пунктах, где не проводятся фенологические наблюдения.

Число дней начала эффективного развития водных стадий будет отражать только возможную интенсивность выплода. Фактическая численность окрылившихся комаров будет зависеть, кроме того, от размеров анофелогенной водной площади и ряда других факторов.

В степи и южной лесостепи Западно-Сибирской низменности в годы с недостаточным количеством осадков и повышенными температурами безморозного периода периодически наблюдается быстрое высыхание водоемов. На эту особенность водного фактора Западной Сибири указывают В. Н. Беклемишев (1947) и И. К. Веренков (1951). Несмотря на высокие темпы водного развития, численность комаров в такие жаркие сезоны на юге низменности не повышается, а, наоборот, резко снижается (Г. И. Нецкий, 1947). В более северных ландшафтных зонах, где анофелогенная площадь практически постоянна, численность комаров всегда велика, хотя и зависит от темпов водного развития.

Влияние условий температуры на интенсивность выплода последовательных генераций на различных широтах

Связь между условиями температуры и возможной интенсивностью выплода можно установить путем коррелирования суммы градусо-дней за каждый данный сезон с числом дней, когда могло начаться эффективное развитие водных стадий. Понятно, что увеличение числа дней, когда могло начаться развитие водных стадий, обусловливается повышением температуры и обозначает ускорение темпов метаморфоза, и наоборот.

В качестве суммы градусо-дней была взята сумма среднесуточных температур, превышающих 8°. Расчеты были произведены за 9—10 лет для 10 пунктов, расположенных от степи до лесотундры. Всего проанализировано 98 сезонов (табл. 1).

Таблица

Влияние условий температуры на интенсивность выплода последовательн генераций A. maculipennis и северную границу его ареала

Ландшафтные зоны	Амплитуда колебаний суммы градусо-дней (выше 8°) в разные сезоны по ландшафтной зоне	Сумма градусо-дней (выше 8°)	Число дней, когда могло начаться эффе тивное развитие водных стадий			
			за сезон	в том числе		
				I генерация	II генерация	III генерац
Лесотундра	200—600	200—300	До 20	5—19	0	0
		300—400	» 40	10—34	0	0
Кедрово-болотная подзона	400—1 000	400—500	» 50	40—45	0	0
		500—600	» 70	30—55	0—14	0
Урмано-болотная и переходная подзоны	700—1 200	600—700	» 80	30—55	1—19	0
		700—800	» 90	35—55	15—39	0
Лесостепь	800—1 400	800—900	» 90	35—55	25—39	0—9
Степь	900—1 400	900—1 000	» 100	35—55	25—39	0—2
		1 000—1 100	» 100	35—55	25—39	0—2
		1 100—1 200	» 120	35—55	25—34	20—3
		1 200—1 400	» 120	40—55	25—34	20—3

В. Н. Беклемишев (1944) указывает, что всюду, где найден A. macu pennis, наблюдалось не менее двух последовательных генераций. Одна генераций должна быть диапаузирующей. Таким образом, невозможнос (по условиям температуры) выплода минимум двух последовательных нераций указывает на невозможность существования A. maculipenn Существование A. maculipennis в Западной Сибири на 61° северн широты (Самарово) не подлежит сомнению.

Повидимому, безмалярийная зона, по обозначению В. Н. Беклеми ва, начинается в Западной Сибири севернее широты, на которой сум градусо-дней никогда не бывает ниже 600°, т. е. не ниже 62° северной ш роты, а зона неустойчивой трехдневной малярии достигает, следовательн северной части урмано-болотной подзоны тайги. На 64° северной широ сумма градусо-дней часто ниже 600°, что исключает возможность окры ния II генерации комаров. Окрыление комаров III генерации, хотя бы стичное, в Западной Сибири, повидимому, возможно даже в особо тепл годы, не севернее зоны лесостепи.

Влияние условий температуры на сроки окрыления последовательных генераций на различных широтах

Передвижка сроков начала окрыления последовательных генера на различных широтах видна из табл. 2.

Если первая генерация имеет решающее значение в распространен заражений в зоне преобладания трехдневной малярии с длительной ин бацией, то возможность включения в эпидемиологический процесс II ге рации зависит от сроков ее выплода.

Сроки начала выплода диапаузирующих особей, как указыва Н. К. Шипицына (1950), относительно постоянны в каждом данном пу те ареала A. maculipennis. Среди комаров A. maculipennis августовск выплода доля диапаузирующих самок, если не является абсолютно п обладающей, то во всяком случае прогрессивно нарастает.

Последние эффективные заражения комаров, по нашим расчета произведенным для пунктов Западно-Сибирской низменности за 9—10 л возможны не позже первой декады августа.

Таким образом, включение II генерации в эпидемиологический п цесс наиболее вероятно в те сезоны, когда ее выплод мог начаться не п же чем в июле, т. е. при сумме градусо-дней не ниже 800°.

Таблица 2

Вероятные сроки окрыления последовательных генераций A. maculipennis

Ландшафтные зоны	Амплитуда колебаний суммы градусо-дней (выше 8°) в разные сезоны	Сумма градусо-дней (выше 8°)	Амплитуда вероятных сроков начала окрыления последовательных генераций (I, II, III) по декадам											
			июнь			июль			август			сентябрь		
			1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
сотундра	200—600	200—300								I				
		300—400						I	I	I				
дрово-болотная под-		400—500						I	I					
зона	400—1 000	500—600					I	I						
мано-болотная и		600—700				I	I	I	II	II	II	II		
переходная подзона	700—1 200	700—800			I	I	I		II	II				
состепь	800—1 400	800—900	I	I	I	I		II	II					
епь	900—1 400	900—1 000	I	I	I		II	II	II					
		1 000—1 100	I	I	I	II	II	II		III	III	III		
		1 100—1 200	I	I	I	II	II	II	III	III	III			
		1 200—1 400	I	I			II	II	III	III	III			

В те годы, когда вылет комаров II генерации начинается в I декаде оля, эти комары почти целиком будут гоноактивными, что возможно при мме градусо-дней не ниже 1 100°.

Расчеты показывают, что начало окрыления комаров II генерации июле возможно на всем пространстве ареала A. maculipennis в Западой Сибири. При более низких температурах окрыление их может пройти только в августе. Эти более низкие температуры свойственны переодной и более северным зонам и во всяком случае редко могут быть южной лесостепи и степи.

Подсчет частоты сезонов, когда окрыление комаров II генерации было зможно не позже июля, может дать представление о степени вероятности ее включения в эпидемиологический процесс на различных широтах абл. 3).

Таблица 3

Ландшафтная зона	Количество сезонов, когда окрыление II генерации было возможно в		Всего проанализировано сезонов
	июле	августе	
Северная часть кедрово-болотной подзоны	0	4	9
Южная часть кедрово-болотной подзоны	2	8	10
Урмано-болотная подзона . . .	11	9	20
Переходная подзона	13	6	19
Северная лесостепь	5	4	9
Южная лесостепь	10	0	10
Степь	10	0	10

Таким образом, в степи и южной лесостепи Западно-Сибирской низенности в распространении заражения малярией участвуют комары и хотя бы часть II генерации, диапаузирует же часть II и III генерации.

Севернее до урмано-болотной подзоны тайги возможность включения генерации в эпидемиологический процесс появляется не ежегодно, только в отдельные, особо теплые годы. В этих ландшафтных зонах апаузирует II генерация.

Включение в эпидемиологический процесс II генерации, несомненно, ляется неблагоприятным фактором и должно увеличивать шансы на

распространение заражений и, в частности, способствовать увеличению удельного веса трехдневной малярии с короткой инкубацией.

Учет этого показателя очень важен для уточнения эпидемиологического прогноза в условиях Западной Сибири.

Резкие изменения степени неблагоприятного влияния температурного фактора в разные годы на различных широтах Западно-Сибирской низменности следует учитывать при планировании противомалярийных мероприятий, особенно рассчитанных на исключение возможности местных заражений малярией в наиболее опасный период сезона передачи (июль).

ОЗДОРОВЛЕНИЕ КУРГАНЕНСКОГО РАЙОНА КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ ОТ МАЛЯРИИ [1]

А. К. Гриценко

Из Курганенской противомалярийной станции Краснодарского края

(Поступила 9/III 1953 г.)

Настоящая работа посвящена опыту организации противомалярийных мероприятий в Курганенском районе на протяжении 5 лет, начиная с максимального подъема заболеваемости в 1947—1948 гг.

Курганенский район расположен в юго-восточной части Краснодарского края. В основном он представляет собой безлесную равнину общей площадью около 100 км², всхолмленную в юго-восточной части и местами изрезанную балками и оврагами. С юго-востока на северо-запад местность пересекают три небольших речки: Чамлык, Синюха и Кукса. В юго-восточной части района эти реки имеют довольно быстрое течение. В северо-западной же его части Синюха и Кукса местами принимают характер типичных степных рек с обширными заболоченностями. По западной границе района в том же направлении протекает большая горная река Лаба, на правом берегу которой расположена станица Курганная. По берегам Лабы узкой полосой тянется лесной массив. Общая анофелогенная площадь станицы Курганной по состоянию на 1950 г. составляла 86 га. В районе встречаются следующие типы водоемов: а) водоемы в поймах рек (почти сплошь заболоченные); б) родники, создающие заболоченности; в) значительное количество различных микроводоемов (копанки, резервы и т. д.); г) пруды; д) рисовые поля.

Подавляющее большинство водоемов района анофелогенные. Курганенский район является районом развитого сельского хозяйства. Район имеет 6 крупных и ряд мелких населенных пунктов, находящихся друг от друга в 7—15 км.

Климат района чрезвычайно благоприятен как для развития переносчика, так и для развития спорогонии всех видов малярии.

Основным переносчиком малярии в районе является Anopheles maculipennis typicus. Лишь в одном из населенных пунктов (станица Чамлыкская) преобладает A. m. messeae. Кроме того, по отдельным населенным пунктам в количестве от 1,3 до 11,6% к популяции встречается A. m. atroparvus.

На таблице приводятся наиболее важные фенологические даты.

Сезон передачи малярии длится с первых чисел июня по последние числа сентября. Основным местом контакта человека с переносчиком являются непосредственно населенные пункты, где переносчик залетает в жилые помещения. Сезонный ход численности окрыленного комара характеризуется максимальным подъемом в июле, т. е. обусловлен второй генерацией. В связи с временной оккупацией Курганенского района в 1942—1943 гг. был отмечен подъем заболеваемости малярией, который достиг максимального уровня в 1947—1948 гг.

Основными очагами малярии были станицы Курганная, Михайловская и Родниковская. Первичных обращений в 1947 г. было зарегистрировано 4 790 (из них свежих заболеваний 1 140 и больных тропической малярией 111).

---

[1] Методы, примененные автором при оздоровлении Курганенского района, дали хорошие результаты, но эти успехи не были закреплены в дальнейшем систематическим наблюдением за приезжающими в район из малярийной местности. В результате этого в 1953 г. вновь было зарегистрировано несколько случаев местной свежей малярии за счет невыявленных своевременно паразитоносителей, прибывших из Азербайджана. Это показывает, насколько необходим тщательный контроль за приезжающими на оздоровленные территории. Ред.

Фенологические даты	1949 г.	1950 г.	1951 г.	1952 г.
Начало вылета с зимовок	24/III	5/III	6/III	14/III
Массовый вылет	18/IV	20/III	10/III	4/IV
Первые личинки первого возраста	24/IV	8/IV	22/III	15/IV
Появление первых самцов на дневках	22/V	29/IV	26/IV	2/IV
Появление жирных самок	22/VIII	17/VIII	17/VIII	5/VIII
Массовое появление жирных самок	14/IX	15/IX	26/IX	15/IX
Начало залета на зимовку	—	—	8/IX	5/IX
Массовый залет » »	—	—	6/X	13/IX
Последние самки с кровью	—	—	5/X	13/XI

Подъем заболеваемости малярией в районе в период после освобождения от оккупации был обусловлен рядом причин, из которых наиболее важное значение имели следующие: нарушение хозяйственной жизни района, усиление миграционных процессов, разрушение оккупантами лечебно-профилактической сети района и т. д.

Рост заболеваемости малярией вызвал необходимость коренной перестройки всей противомалярийной работы в районе и принятия энергичных мер для ликвидации подъема малярии.

Одной из первоочередных задач явилось укрепление районной противомалярийной станции и укомплектование ее работоспособными кадрами. Одновременно с начала 1948 г. на всех врачебных участках и фельдшерских пунктах района под руководством противомалярийной станции энергично приводились в должное состояние учет и отчетность по малярии, была организована система лечения, противорецидивное лечение и химиопрофилактика акрихином с плазмоцидом, улучшалось качество диспансерного наблюдения. С целью максимального уточнения контингентов паразитоносителей выборочное обследование населения с гемоскопией, начатое с весны, продолжалось до поздней осени. Всего было обследовано с гемоскопией в 1948 г. 30 940 человек. Одновременно с лечебно-профилактическими мероприятиями улучшались качественно и расширялись мероприятия по борьбе с переносчиком. В частности, с 1948 г. начата авиаобработка анофелогенных площадей у станицы Михайловской. Несмотря на энергичные лечебно-профилактические мероприятия, развернутые в 1948 г., снижения заболеваемости малярией не удалось достигнуть. Обследованием с гемоскопией в 1948 г. выявлено 2 413 холодных паразитоносителей, из них 495 с P. falciparum. Паразитарный индекс был равен по району (по данным обследования за год) 8,1%.

В октябре 1948 г. в станице Курганной состоялось совещание под руководством Института малярии и медицинской паразитологии Министерства здравоохранения РСФСР в Ростове-на-Дону, на котором был разработан комплексный план противомалярийных мероприятий в Курганенском районе. В основу плана было положено решение о проведении в станицах Курганной, Михайловской и частично других населенных пунктах района с весны 1949 г. поголовной акрихинизации населения с охватом 30 000 человек. Массовая акрихинизация должна была на данном этапе явиться ведущим методом в общем комплексе противомалярийных мероприятий, которое требовало подготовки примерно 1 000 общественных акрихинизаторов и соответствующей подготовки и привлечения к работе всей общемедицинской сети. Особую важность представляло строгое соблюдение намеченных сроков. После совещания в районной противомалярийной станции на врачебных участках был в короткий срок проведен инструктаж медицинского персонала.

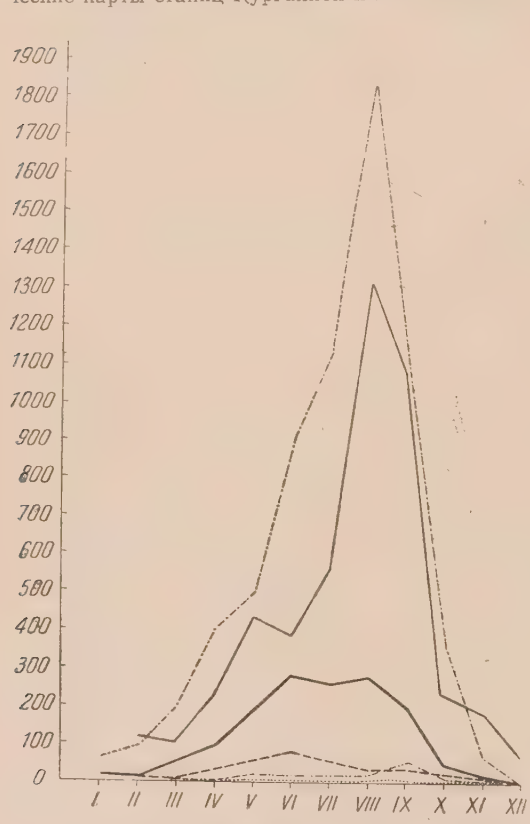
Вслед за этим в ноябре была начата во всех населенных пунктах района подготовка акрихинизаторов, которая велась в основном средним медицинским персоналом. Все организационно-массовые мероприятия на протяжении всего периода борьбы с малярией велись противомалярийной станцией в повседневном контакте с местными районными партийными и советскими организациями. Особую помощь противомалярийной станции в ее работе оказал районный комитет партии. Параллельно с подготовкой акрихинизаторов с февраля 1949 г. усиленно велась работа по выделению и подготовке колхозных бонификаторов.

К весне 1949 г. во всех учреждениях, сельскохозяйственных бригадах и школах имелись подготовленные бонификаторы.

С 1/IV приступил к работе 821 акрихинизатор. Основная масса акрихинизаторов обслуживала население по месту своего жительства. За каждым акрихинизатором закреплялось 10—15 домов. Все населенные пункты района были разбиты на 10-дворки. Для руководства акрихинизацией и проведения обследовательской работы были привлечены почти все врачи и средний медицинский персонал района.

Работой среднего медицинского персонала руководили врачи, к каждому из которых прикрепляли определенное число средних медицинских работников, за которыми закрепляли участки территории. Попутно отметим, что четкое проведение организацион-

но-массовых мероприятий в значительной мере облегчалось благодаря хорошей укомплектованности участков медицинским персоналом. Врачи отчитывались о своей работе непосредственно перед заведующим сельской амбулаторией, а в станице Курганной — перед заведующим малярийным кабинетом районной поликлиники. Этот кабинет был организован временно в Курганенской районной поликлинике в связи с высокой заболеваемостью и существовал с 1949 до 1952 г. Для облегчения контроля за работой медицинской сети при проведении массовой акрихинизации и за движением заболеваемости силами Курганенской противомалярийной станции были изготовлены две подробные схематические карты станиц Курганной и Михайловской масштабом 1 : 2 500 и 1 : 3 000 с нанесением на них каждого дома и водоема. На эти карты были нанесены границы «микроучастков», закрепленных за средним медицинским персоналом, и участки прикрепленных врачей. На эти же карты условными цветными флажками наносили все случаи первичной обращаемости и холодного паразитоносительства. Этим путем станция получала возможность быстро устанавливать очаги свежей заболеваемости, рецидивов и очаги тропической малярии и намечать необходимые мероприятия.



Заболеваемость малярией по Курганенскому району Краснодарского края за период с 1947 г. по 1952 г. (по месяцам).

С 1/IV по 1/V 1949 г. в районе было проведено массовое противорецидивное лечение систематическим курсом в основном акрихином с плазмоцидом.

Все контингенты, охваченные весенней акрихинизацией с 15/IV, т. е. через 2 недели, были переведены на общественную химиопрофилактику и также была начата индивидуальная химиопрофилактика. Для осуществления контроля за проведением лечебно-профилактических мероприятий противомалярийной станцией была организована бригада в составе 4—5 человек из сотрудников противомалярийной станции.

Проведенные в районе в 1949 г. противомалярийные мероприятия привели к резкому снижению заболеваемости. Первичная обращаемость снизилась на 76,6% по сравнению с 1948 г. Число свежих заболеваний снизилось на 79,3%. Заболеваемость тропической малярией снизилась на 76,1%. Зарегистрировано 433 холодных паразитоносителя. Процент положительных находок паразитов составил 2,3 против 7,8 в 1948 г., а с тропической малярией 10,8 против 20,5 в 1948 г. Паразитарный индекс по району был равен 2,5. Интенсивный показатель снизился на 76,7% по сравнению с 1948 г. На рисунке показано движение заболеваемости малярией по месяцам по району за период с 1947 по 1952 г.

В 1950 г. акрихинизацией были охвачены те же самые контингенты, что и в 1940 г., с той лишь разницей, что весенняя акрихинизация была проведена обычным противорецидивным курсом.

Первичная обращаемость упала по району в 1950 г. по сравнению с предыдущим 1949 г. на 76,9%, а по сравнению с максимальным подъемом заболеваемости в 1948 г. на 94,6%. Тропическая малярия в 1950 г. уже не регистрировалась ни среди первичных обращений, ни среди холодных паразитоносителей. Число холодных паразитоносителей составило 127. Процент положительных находок паразитов в обследовательском материале составил 1,12. Паразитарный индекс был равен за год 1,3; по данным весеннего обследования—1,66. Интенсивный показатель снизился по сравнению с предыдущим годом на 79,8%. В 1951 г. размеры акрихинизации были значительно сокращены. Были охвачены весенней акрихинизацией, кроме переболевших в 1950 г. и выявленных в 1950 г. и весной 1951 г. холодных паразитоносителей, лица, подозрительные в отношении маля

рии, выявленные анамнестическим обследованием весной 1951 г. Весь этот контингент был переведен в дальнейшем на химиопрофилактику. Кроме того, ежегодно (до 1952 г.) химиопрофилактикой в районе были охвачены специалисты сельского хозяйства. Всего в 1951 г. весенним противорецидивным лечением охвачено 2 618 человек и профилактической акрихинизацией — 5 112 человек. Первичная обращаемость по району по сравнению с 1950 г. снизилась на 57,9%, а по сравнению с 1948 г. — на 97,8%. Зарегистрирован один завозной случай заболевания тропической малярией. Число холодных паразитоносителей составило в 1951 г. 38 при 0,8% положительных находок паразитов при обследовании. Паразитарный индекс равнялся 0,5, а по данным весеннего обследования—0,8. Интенсивный показатель снизился по сравнению с 1950 г. на 66,2%.

В конце августа — начале сентября в станице Михайловской был зарегистрирован подъем заболеваемости малярией при почти полном отсутствии подтверждений диагнозов анализами крови. Противомалярийной станции удалось расшифровать этот подъем заболеваемости, который оказался вспышкой лепроспироза.

Часть случаев водной лихорадки все же, очевидно, прошла под диагнозом малярии, дав в этом году значительное снижение процента подтверждений диагнозов малярии гемоскопией и не типичный для малярии в Курганенском районе подъем кривой заболеваемости в сентябре 1951 г. (см. рисунок). Весной 1952 г. противорецидивным лечением были охвачены лишь переболевшие в 1951 г. и выявленные гемоскопией холодные паразитоносители (всего 165). Общественная химиопрофилактика начата 15/V, индивидуальная — 1/VI. Первичная обращаемость за 1952 г. составила 35 случаев, из них 19 свежих. Обращаемость по сравнению с 1951 г. снизилась на 77,9% и по сравнению с максимальным подъемом заболеваемости в 1948 г. на 99,5%. Число холодных паразитоносителей составило 9 человек. Процент положительных находок в обследовательском материале за 9 месяцев составил 0,15. Паразитарный индекс равен 0,3. Интенсивный показатель снизился на 78,1%, став таким образом меньше чем 10 на 10 000 населения.

Основным способом борьбы с комаром в районе явилась обработка водоемов. В районе станицы Михайловской с 1948 г. проводилось авиационное опыление пойменных заболоченностей реки Синюхи, рисовых полей и рыбных прудов — всего около 1 000 га анофелогенной площади. Частично авиаметодом попутно обрабатывали небольшие участки заболоченностей и рисовых полей у станиц Курганной и Родниковской. В остальных населенных пунктах района производили наземную обработку водоемов. При авиаопылении применяли почти исключительно парижскую зелень. Наземную обработку в основном производили парижской зеленью и тиодифениламином.

Борьбу с окрыленным комаром вели все годы с 1948 по 1952 г. путем выборочной очаговой обработки дустом ДДТ и гексахлораном. Обработку очагов производили бонификаторы в ближайшие дни по получении экстренного извещения о заболевании малярией или по получении сведений из лаборатории об обнаружении паразитов в крови при просмотре материала. Последние наблюдения в станице Курганной заставляют, однако, притти к выводу о том, что при наличии вблизи населенного пункта сколько-нибудь значительных анофелогенных площадей (поймa левого берега реки Лабы), недоступных обработке, и наличии миграции населения (курортники) при отсутствии точного, своевременного выявления на дому больных малярией и холодных паразитоносителей с последующим их лечением очаговая обработка не может полностью предотвратить появления свежих заболеваний малярией.

В 1949 г. по району работало 20 колхозных бонификаторов, в 1950 г.—42, в 1951 г.—48 и в 1952 г.—44. Штатные и сезонные бонификаторы станции с 1949 г. играли главным образом роль бригадиров колхозных бонификаторов.

Противомалярийные гидротехнические работы в районе проводились главным образом в станице Курганной и были ограничены.

Выводы

1. В целях быстрейшей ликвидации подъема заболеваемости малярией был применен полный комплекс противомалярийных мероприятий. Ведущими явились лечебно-профилактические мероприятия. Это позволило ликвидировать подъем заболеваемости малярией уже к концу 1949 г.

2. Планомерное осуществление этих же комплексных противомалярийных мероприятий на основе неуклонного роста материального благосостояния населения позволило в 1952 г. в целом по району ликвидировать малярию как массовое заболевание.

3. Оздоровление тех же очагов тропической малярии потребовало 2 эпидемических сезонов.

4. Успеху проводившихся в районе противомалярийных мероприятий в большой степени способствовали: а) повседневный контроль со стороны противомалярийной станции за проводившимися мероприятиями; б) привлечение к проведению противомалярийных мероприятий работников всей медицинской сети; в) вовлечение в борьбу с малярией актива населения; г) широкая санитарно-просветительная работа среди него; д) повседневная практическая помощь со стороны местных советских и партийных организаций в проведении противомалярийных мероприятий.

ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ ПО ЛИКВИДАЦИИ МАЛЯРИИ КАК МАССОВОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Н. В. Долгов

Главный врач Воронежской областной противомалярийной станции

(Поступила 9/IV 1954 г.)

Воронежская область издавна считалась неблагополучной по заболеваемости малярией. Еще в 1901 г. земский врач А. И. Шингарев в своем докладе «Опыт санитарно-экономического исследования вымирающей деревни», описывая село Н. Животинное Воронежского уезда, отметил, что самой распространенной болезнью была болотная лихорадка с максимумом больных в мае. По данным А. И. Шингарева, заболеваемость малярией в селе Н. Животинном равнялась 9,9%, а в рядом расположенной деревне Моховатке — 10,5%.

Комиссия по изучению малярии при правлении Пироговского общества впервые в 1903 г. направила экспедицию в Воронежскую губернию. Это было вызвано тем, что Воронежская губерния по интенсивности распространения малярии в сельской местности могла быть типичной для Приволжской и отчасти южной полосы России. Экспедиция установила высокую заболеваемость малярией (14,4—24,4% населения) в деревне Отрожках, на станции Раздельная и в Воронеже. Кроме того, было установлено, что осенняя, или тропическая, лихорадка в данной местности составляет $^1/_4$ всех заболеваний малярией.

Высокую заболеваемость малярией в Воронежской области подтверждают данные проф. П. П. Муфель (с 1896 по 1941 г.).

В результате оккупации большого количества районов области фашистскими захватчиками, большого разрушения сети лечебных учреждений и отсутствия борьбы с малярией заболеваемость в период войны резко возросла. Максимальный подъем ее наблюдался в 1944 г. После освобождения области от оккупантов начала проводиться систематическая борьба с малярией, и с 1945 г. заболеваемость начала снижаться. В 1950 г. заболеваемость малярией была снижена в 21 раз, в 1951 г. в 83 раза, в 1952 г. в 255 раз и в 1953 г. в 1 125 раз по сравнению с довоенным 1940 г.

Начиная с 1951 г., заболеваемость малярией в области уменьшилась настолько, что малярия перестала быть массовым заболеванием.

В 1952 г. в 15 районах заболеваний малярией не было зарегистрировано, но было еще 4 района, где заболеваемость была до 25 на 10 000 человек.

В 1953 г. уже в 40 районах области заболеваний малярией не было, а в остальных 44 районах малярия регистрировалась как единичные заболевания (до 10 на район). Положение с заболеваемостью малярией в Воронежской области за ряд лет показано на рисунке.

В 1951 г. в области зарегистрировано только 6 больных тропической малярией, а в 1947 г. их было 874 (Березовский район—205, Липецк—97, Воронеж—216 больных) (табл. 1).

Таблица 1

Заболеваемость тропической малярией в Воронежской области

Год	1940	1944	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953
Зарегистрировано больных тропической малярией	3 313	1 424	874	800	210	32	6	13	—
Процент к числу первично обратившихся . .	2,3	0,8	2,1	2	0,8	0,47	0,3	2,2	0

В 1953 г. местных заболеваний тропической малярией в области зарегистрировано не было.

Резко уменьшился паразитарный индекс среди обследованного населения. Так, по области паразитарный индекс с 4% в 1946 г. уменьшился до 0,1% в 1951 г. и до 0,012% в 1953 г., а по Воронежу паразитарный индекс с 2% в 1946 г. снижен до 0,08% в 1950 г., а в 1951 г. на 38 380 лабораторно обследованных не выявлено ни одного паразитоносителя.

Большой размах социалистического строительства в нашей стране и неуклонный

1945 г.

Условные обозначения:

До 10 — —

10 - 50 ————

50 - 100 — 5 районов

100 - 300 — 25 районов

300 - 500 — 34 района

500 - 1000 — 20 районов

1951 г.

Условные обозначения:

Больных нет — 2 района

До 10 — 57 районов

10 - 50 — 25 районов

1952 г

Условные обозначения.

Больных нет — 16 районов

До 10 — 65 районов и 3 города

10 - 50 — 4 района

1953 г.

Условные обозначения:

Больных нет — 40 районов

До 10 — 44 района и 3 города

10 - 50 ————

рост благосостояния народов СССР в послевоенный период создали благоприятные условия для успехов советского здравоохранения, в частности, и в борьбе с малярией.

В 1945 г. была не только полностью восстановлена, но и значительно расширена сеть противомалярийных учреждений области. К 1947 г. в области работало 22 противомалярийных станции и 42 пункта. После реорганизации противомалярийной сети в 1948 г. в области работает 36 противомалярийных станций и 30 противомалярийных отделов санитарно-эпидемиологических станций.

В своей повседневной работе областная противомалярийная станция основное внимание уделяла: укомплектованию противомалярийных учреждений кадрами и повышению их квалификации; повышению знаний работников общемедицинской сети по вопросам борьбы с малярией, раннему выявлению больных малярией, их учету, полноценному лечению и медикаментозной профилактике, борьбе с переносчиком малярии и проведению санитарно-просветительной работы среди широких масс населения.

Все противомалярийные станции достаточно укомплектованы квалифицированными кадрами. Большинство специалистов (врачи и энтомологи) закончили курсы специализации и усовершенствования. Ежегодно проводятся районные семинары с работниками (врачами и фельдшерами) общемедицинской сети по клинике, лечению и профилактике малярии и борьбе с переносчиком. С 1946 г. и по настоящее время на семинарах и инструктажах подготовлено 674 врача, 2 572 средних медицинских работника и 3 602 акрихинизатора и бонификатора. Областная противомалярийная станция уделяет большое внимание подготовке лаборантов; с 1946 г. подготовлено 165 лаборантов по малярии и 98 лаборантов по гельминтозам.

Начиная с 1948 г., в области начали внедрять диспансерный метод обслуживания больных малярией с применением к каждому больному комплекса лечебно-профилактических мероприятий. Большое внимание было уделено персональному учету больных малярией во всех лечебных учреждениях. Начиная с 1949 г., стали отдельно учитывать повторные обращения с острыми приступами лиц, зарегистрированных в текущем году.

Упорядочение учета больных малярией, отдельный учет повторных обращений, массовый охват больных малярией лечением и химиопрофилактикой, применение препаратов — все это значительно отразилось на соотношении между свежей малярией и рецидивами (табл. 2).

Таблица 2

Соотношение между свежей малярией и рецидивами

Год	Воронежская область		Воронеж	
	свежая заболеваемость	рецидивы	свежая заболеваемость	рецидивы
1944	1	2,3	1	1,2
1945	1	2,4	1	1,4
1946	1	3	1	1,2
1947	1	2,3	1,8	1
1948	1	1	3,8	1
1949	2,3	1	4,3	1
1950	2,5	1	4,5	1
1951	2,7	1	16	1
1952	3,5	1	—	—
1953	3,8	1	—	—

Если до 1948 г. преобладали рецидивы и на один случай заболевания свежей малярией приходилось 2,3—3 рецидива, то после 1948 г. соотношение в корне изменилось и одному рецидиву соответствует 2,3—3,8 заболевания свежей малярией. Это показывает, что риск повторных заражений тоже был очень велик и одни и те же лица могли многократно заражаться малярией.

До 1951 г. при наличии большого количества больных малярией раннее выявление больных проводилось путем обследования на малярию с микроскопическим исследованием крови всех лиц с подозрением на это заболевание во время подворных обходов, а также всех температурящих больных на амбулаторном приеме и в стационаре. Обследованию подвергались все организованные коллективы, дети, выезжающие в летние лагери и на дачи; в населенных пунктах с большой заболеваемостью малярией проводилось поголовное обследование населения на малярию.

Результаты массового обследования населения на малярию представлены в табл. 3.

С 1951 г., когда заболеваемость малярией в области резко уменьшилась, трудоемкая работа по массовому обследованию населения на малярию стала не рациональной.

Таблица 3

Год	1947 г.	1948 г.	1949 г.	1950 г.	1951 г.	1952 г.	1953 г.
Обследовано на малярию с микроскопией крови (в тысячах)	342	275	474	410	310	198	159
Паразитарный индекс . . .	2,2	1,7	1	0,25	0,1	0,07	0,012

Это показывают данные по Воронежу: в 1951 г. из 38 320 лабораторно обследованных не было выявлено ни одного паразитоносителя.

Основное внимание противомалярийной службы было направлено на раннее выявление больных малярией среди температурящих больных, выявляемых как при подворных обходах, так и среди амбулаторных и стационарных больных. Обследование на малярию детей, выезжающих в летние лагери проводится не повсеместно, а только в неблагополучных по малярии населенных пунктах.

Эти мероприятия давали возможность быстрее выявлять больных малярией, брать их на лечение и тем самым сокращать сроки паразитоносительства.

После Великой Отечественной войны основное внимание уделялось тщательному проведению систематического лечения всем болеющим малярией и весеннего противорецидивного лечения всем переболевшим малярией в предыдущем году и в первом квартале текущего года после курса систематического лечения.

Противомалярийные препараты больные получали в лечебных учреждениях, сезонных противомалярийных бригадах и у общественных акрихинизаторов актива РОКК.

До 1948 г. для предупреждения ближайших рецидивов в городах области проводилось еще дополнительное систематическое лечение. По Воронежу повторный курс систематического лечения был проведен в 1946 г. у 60% больных, в 1947 и в 1948 гг. у 90% больных, закончивших первичное систематическое лечение. Проведение этого метода лечения значительно способствовало уменьшению рецидивов по Воронежу по сравнению с количеством рецидивов по области (см. табл. 2). Этот вид лечения не был повсеместным и поэтому не мог иметь большого влияния на снижение заболеваемости малярией по области.

С 1948 г. при наличии достаточных запасов противомалярийных препаратов стало возможным в широких масштабах проводить общественную и индивидуальную химиопрофилактику. Больных малярией прошлого года после противорецидивного лечения и больных данного года после курса систематического лечения переводили на общественную химиопрофилактику с 20/V—1/VI и до конца эпидемического сезона.

Новейшие противомалярийные препараты палюдрин и бигумаль применяли с 1950 г. только для лечения и профилактики больных тропической малярией. Больных трехдневной малярией лечили акрихином, а в эпидемический сезон систематическое лечение им проводили акрихином с плазмоцидом.

Борьбу с переносчиком вели по двум направлениям: борьба с личинками малярийного комара и борьба с окрыленным комаром. Борьбу с личинками малярийного комара осуществляли только в 3 городах (Воронеж, Липецк, Борисоглебск) и в 24—28 районных центрах.

Начиная с 1949 г., стали широко применять препарат ДДТ и гексахлорана как для барьерной обработки, так и главным образом для обработки очагов. В 1948 г. было обработано 3 509 помещений, в 1949 г.—68 444, в 1950 г.—70 880, в 1951 г.—86 240, в 1952 г.—53 845 и в 1953 г.—30 287.

Анализируя всю проведенную работу по борьбе с малярией в Воронежской области, можно отметить два периода влияния проводимых работ на снижение заболеваемости населения малярией (табл. 4).

Таблица 4

Снижение заболеваемости малярией (в процентах) за 1945—1953 гг.

Год	Первый период	Год	Второй период
1945	38	1950	74
1946	36	1951	75
1947	39	1952	67
1948	8,3	1953	77
1949	30		

В первый период (1945—1949) ежегодно по области наблюдалось снижение заболеваемости малярией в пределах 30—39% вследствие раннего выявления больных, проведения им систематического и противорецидивного лечения, а также проведения личинкоистребительных работ в небольшом количестве городов и населенных пунктов (3 города — Воронеж, Липецк, Борисоглебск и до 28 районных центров).

Во второй период (1950—1953), когда благодаря тому, что к противомалярийным мероприятиям, проводившимся в первом периоде, с 1949 г. прибавили массовую общественную химиопрофилактику и

массовую обработку очагов малярии дустом ДДТ, заболеваемость малярией снижалась ежегодно на 67—77%, т. е. почти в 2 раза быстрее, чем до 1950 г.

Таким образом, проводимый в области с 1948 г. диспансерный метод обслуживания больных малярией с применением всего комплекса лечебно-профилактических мероприятий и обработкой очагов дал возможность в течение 3—4 лет ликвидировать малярию как массовое заболевание.

О БИОЛОГИЧЕСКИХ ОСНОВАХ ОЗДОРОВЛЕНИЯ ПРИРОДНЫХ ОЧАГОВ ТУЛЯРЕМИИ

А. А. Максимов

Из Биологического института Западно-Сибирского филиала Академии наук СССР (дир. института К. А. Соболевская)

(Поступила 14/XII 1953 г.)

Нашей отечественной наукой достигнуты большие успехи в изучении туляремии. В начальный период изучения этого заболевания (1926—1928), когда впервые были описаны случаи туляремии, связанные с весенним промыслом водяных крыс, предусматривалась в основном личная профилактика охотников и членов их семей (меры защиты при добыче крыс, обеззараживание шкурок и др.).

Однако уже в 30-х годах были обнаружены случаи заболеваний, связанные с сельскохозяйственными работами: с обмолотом скирд, перевозкой соломы и др., а также и заболевания в населенных пунктах. Источником их оказались домовые грызуны.

С этого времени, помимо личной профилактики лиц, связанных с охотой и с полевыми работами (обмолот в аспирационных повязках и др.), а также санитарной охраны продуктов и водоисточников от грызунов, большое внимание стали уделять мероприятиям по борьбе с грызунами — первоисточником инфекции. Истребление грызунов сделалось основой профилактики туляремии.

Поскольку туляремия — инфекция сельской местности и основными ее источниками являются грызуны, живущие в поле, успех противотуляремийных мероприятий в большой степени зависел от результатов истребительных работ, проводимых органами сельского хозяйства. Однако борьба с полевыми грызунами в этот период велась нередко в недостаточных размерах, мало были разработаны и способы борьбы с грызунами.

Важным этапом в организации противотуляремийной защиты населения явилась разработка и внедрение в практику специфической противотуляремийной вакцины. С этого времени вакцинация населения стала основным направлением в работе противотуляремийных учреждений.

Однако при всей важности этой работы проблема борьбы с туляремией полностью не решается ею. Действительно, туляремия относится к числу инфекций с природной очаговостью, и человек не является источником возбудителя. Вакцинация населения против туляремии в отличие от многих других инфекций не сокращает источники заболеваний, которые остаются в природе и служат причиной заражения населения (а также домашних и диких промысловых животных).

Перед медицинскими работниками — врачами и биологами стоит поэтому важная научно-практическая задача—не ослабляя работы по вакцинации населения, разрабатывать и всемерно развивать мероприятия по борьбе с самой туляремийной инфекцией. Только такое направление работы может радикально решить проблему туляремии, т. е. привести к оздоровлению территории.

Эту задачу можно решить, во-первых, путем организации усиленного истребления грызунов (а также клещей и пр.), во-вторых, ликвидация природных очагов может быть достигнута соответствующим изменением тех характерных элементов ландшафта, с которыми связаны биоценозы, ответственные за длительное существование возбудителя.

Результаты борьбы с полевыми грызунами отравленными приманками никогда не удовлетворяли требованиям противотуляремийной работы. Метод этот — слишком дорогой и трудоемкий. К тому же грызуны наиболее опасны в годы массовых размножений, когда сократить их численность до уровня, не опасного в туляремийном отношении, современными методами не удается. Необходим коренной пересмотр существующих способов борьбы и изыскание новых путей резкого снижения численности грызунов, представляющих эпидемиологическое значение.

Однако в системе мероприятий по ликвидации природных очагов туляремии борьба с грызунами хотя и имеет величайшее значение, но радикально проблему не решает. Исключительная установка на борьбу с эпидемически опасными грызунами имела основания в то время, когда в том или ином виде грызуна видели почти единственную причину существования инфекции. Между тем природный очаг обязан своим существованием в какой-то степени всему биоценозу очага в целом. Так, например, существование болото-озерно-речных очагов помимо водяных крыс, обеспечивают в той или иной мере также и различные другие виды грызунов, свойственные данному ландшафту, а также землеройки, амфибии, кровососущие двукрылые, беспозвоночные гидробионты и другие животные. В поддержании инфекции все эти виды тесно связаны друг с другом, что и создает условия для хранения и круговорота возбудителя даже при малой численности эпидемически важнейших видов грызунов.

По этой причине радикальное решение проблемы ликвидации природных очагов и оздоровления местности может быть достигнуто лишь проведением таких мероприятий, которые коренным образом изменяют сам биотоп очага или создают условия, которые препятствуют жизни тех или иных ведущих компонентов природного очага, исключают возможность массовых размножений грызунов и развития среди них эпизоотий.

Исключительно перспективный путь оздоровления природных очагов представляет сочетание истребления грызунов, клещей, комаров и пр. с общехозяйственными и санитарно-оздоровительными мероприятиями на местности. Так, разработку мероприятий по истреблению грызунов, на наш взгляд, следует увязывать с другими передовыми агротехническими и организационно-хозяйственными мероприятиями.

Поскольку члены биоценоза связаны общими условиями существования, среди оздоровительных мероприятий важно выделить такие, которые влияют на весь биоценоз очага в целом или на его основных членов, с одной стороны, разрушая экологические связи между ними и, с другой, — между ними и человеком.

В качестве примера остановимся на пойменно-речных очагах туляремии, где основным источником инфекции являются водяные крысы. В ряде областей, например, в Томской, случаи заболеваний в прошлом были связаны именно с этим ландшафтным типом природного очага (Комарова, 1945).

Никакой борьбы с крысами в поймах, кроме промысла, не проводится, методика истребления их на пойме не разработана. Капканный же промысел резкого снижения численности крыс не обеспечивал [1].

[1] В последние годы Барабинской экспедицией Западно-Сибирского филиала Академии наук СССР предложен весьма эффективный способ массовой добычи крыс на плуговых бороздах, позволяющий сочетать истребительные и промысловые цели. Настоящее исследование выполнялось в плане работ экспедиции.

Поэтому борьба против туляремии в поймах была трудна.

Изучение биологии водяных крыс в речных поймах показало, что самым тяжелым периодом в их жизни являются весенние паводки. В большое половодье вода выгоняет из нор водяных крыс и других зверьков и вынуждает их спасаться на кустах и деревьях, а при низком половодье и на гривах.

При скученности крыс на кустах и общей ослабленности зверьков в этот период среди них в некоторые годы и развиваются туляремийные эпизоотии. Множество гибнет, но оставшаяся часть, пережившая критический период, после спада воды вновь заселяет болота и старицы, обеспечивая новое нарастание численности популяции.

Численность водяных крыс в поймах из года в год остается очень высокой и лишь после особенно больших паводков, когда вода заливает также и кусты, количество зверьков доходит до минимума.

Роль пойменных кустарников в жизни водяных крыс трудно переоценить. Крысы на них не только спасаются от полой воды, но весной кора кустов и деревьев является для них почти единственным кормом. Как показали наши наблюдения в пойме Оби, особенно много крыс в тех частях поймы, которые заросли кустарниками. На чистых луговых участках, где мало кустов, осенний промысел бывает, как правило, наименее успешным. Эти особенности в жизни пойменной крысы необходимо использовать в борьбе с вредителем.

При решении этого вопроса и разработке санитарно-оздоровительных мероприятий и мероприятий по истреблению грызунов в пойме рек следует иметь в виду, что поймы являются основными луговыми массивами и основной кормовой базой животноводства. Чтобы оценить значение пойм в общем луговом фонде страны, необходимо учитывать, что заливные луга занимают в нашей стране в среднем около 3% всей территории (Еленевский, 1936).

Одним из основных препятствий к полному хозяйственному использованию заливных лугов является обилие в поймах кустарников, а также болот и стариц.

Так, на пойме Оби в пределах Колыванского района Новосибирской области почти 70% площади покрыто кустарником, а также старицами и кочкарниками (Иванов, 1953). На средней Печоре (Самбук, 1934) ивняки и лес занимают около 89% площади поймы и лишь 11% занято чистыми лугами.

Срезка и выкорчевывание кустов имеют первоочередное значение в улучшении лугов поймы и расширении их площади. При этом надо учесть, что пойменные леса и кустарники крайне низки по качеству и сохранение их, по данным Еленевского, хозяйственно нецелесообразно.

Уничтожение тальников в пойме — это важная народнохозяйственная задача, в решении которой интересы противотуляремийной службы являются лишь одной из составных частей. Успешная борьба с водяной крысой и другими грызунами и насекомоядными связана в данном случае не с проведением каких-то специальных дератизационных работ, а решается попутно с мелиорацией лугов.

В Колыванской пойме луго-мелиоративные работы уже начаты. Помимо уничтожения кустов, что сразу присоединит к площади лугов до 10—20% всей территории поймы, намечается также осушение болот, срезка почек и др. В районе создана пойменная луго-мелиоративная станция, которая оснащается передовой техникой. Реконструкция пойменных угодий и превращение их в мощную базу животноводства развернулись и в других районах страны. В Рязанской области для освоения Приокской поймы создано 8 луго-мелиоративных станций, а в системе МТС 17 луго-мелиоративных отрядов. При помощи государства колхозы, расположенные в Приокской пойме, выполнили в 1951 г. работы по улучшению лугов

и пастбищ на площади в 218 000 га, а в 1952 г. — на площади в 285 000 га; большие работы проведены и в 1953 г. (Ларионов, 1953).

Эти мероприятия одновременно с хозяйственным эффектом обеспечивают не только сокращение численности водяных крыс, но и исчезновение природных очагов. При осушении пойменных болот, уничтожении кустов и кочек ликвидируется биоценоз очага и условия, обеспечивающие его существование. Это является примером того, когда оздоровительные мероприятия непосредственно увязываются с общехозяйственными задачами.

Работники санитарных учреждений, учитывая особенности в распределении местных пойменных очагов, должны активно добиваться согласования планов реконструкции пойменных угодий с требованиями санитарной службы.

При создании больших долинных водохранилищ затапливаются значительные участки речных пойм. В тех местах, где пойма будет затоплена глубоким слоем воды, расположенные на ней очаги туляремии будут полностью ликвидированы (как места выплода малярийных комаров; см. Беклемишев, 1954). Наоборот, в тех местах, где пойма окажется полузатопленной, условия существования водяных крыс улучшатся, природные очаги туляремии не только сохранятся, но площадь их увеличится. Таким образом, при создании долинных водохранилищ требования профилактики туляремии довольно близко совпадают с требованиями профилактики малярии. С обеих точек зрения желательны водохранилища, обладающие наименьшей площадью мелководий и заболоченных берегов. Необходима разработка туляремийного прогноза и противотуляремийных требований к строящимся водохранилищам, а также системы мелиоративных мероприятий на тех участках водохранилищ, где прогноз укажет на возможность увеличения площади очагов туляремии.

Резкое снижение численности грызунов и радикальное оздоровление природных очагов путем правильного хозяйственного использования территории возможно не только в пойменно-речных, но и в других выделяемых нами ландшафтных вариантах очагов распространения крыс.

Луго-мелиоративные работы, проводимые в лесостепной зоне Западной Сибири (например, в Барабинской низменности), решают судьбу местного колочно-болотно-озерного типа очага. В этой зоне жизнь водяной крысы связана в основном с осоково-кочкарниковыми болотами и заболоченными колками.

В так называемые «мокрые» годы с обильными осадками гнездопригодность территории для водяных крыс резко возрастает, так как увлажняются обширные площади кочкарников и низинных колков, сухих в обычные годы. В такие годы возникает опасность большого размножения водяных крыс и массового выплода кровососущих двукрылых.

Осушение болот, срезка кочек с последующей распашкой этих угодий и их сельскохозяйственным использованием, правильная эксплуатация лесных колков (жизни крыс благоприятствует здесь обилие гнилых пней и завалов сушняка) — все это коренным образом изменяет облик очага. При этом создаются условия, препятствующие жизни не только водяных крыс, но и другим компонентам биоценоза.

Как указывает В. Н. Беклемишев (1949, 1952), полное вытеснение комаров рода Aëdes — переносчиков туляремии — в большинстве случаев только и может базироваться на мелиоративных мероприятиях. Тот же принцип для борьбы со слепнями выдвигал Н. Г. Олсуфьев.

Пути оздоровления очагов, связанных с водоемами, при борьбе с туляремией и малярией во многом сходны. Это объясняется общностью биотопов у водяных крыс, малярийных и других видов комаров, слепней и т. д. Но противомалярийная служба имеет более широкие и эффективные средства в борьбе с очагами малярии. Причина этого заключается

не только в том, что оздоровление очага малярии может осуществляться и через химиопрофилактику (больной человек — источник инфекции), но и в большей освоенности при борьбе с малярией принципа рациональной организации территории (Беклемишев и Сергиев, 1949). Что касается очагов туляремии, то они могут существовать вне зависимости и в отсутствии человека, хотя косвенная роль его в развитии очага может быть в некоторых случаях и очень большой. Так, например, при мелиоративных и гидротехнических работах при отсутствии надлежащего технического контроля и ремонта искусственные водоемы и каналы могут зарасти и заилиться, что приведет к вторичному заболачиванию территории. Обследование старых, запущенных каналов в Барабе показало, что «канализованные» болота оказываются более закочкаренными, чем болота, не входящие в сферу влияния осушительных систем. Это связано с водным режимом болот, установившимся вследствие ненормальной работы осушительных каналов (Панадиади, 1953). Все это создает условия для развития биоценоза болотного очага. При рациональном устройстве каналов, правильном выборе водоприемников, при котором бы исключался обратный подпор воды, при систематическом техническом надзоре и ремонте каналов санитарное состояние территории резко улучшается.

В некоторых местах Средней Азии распространение и жизнь водяных крыс в значительной степени обусловлены хозяйственной деятельностью человека. Прежняя постоянная оросительная система, многочисленные арыки, если они содержатся в антисанитарном состоянии, создают крысам при отсутствии защитных мероприятий более или менее устойчивые условия жизни. При отсутствии воды жизнь этих влаголюбивых грызунов была бы невозможной.

Различные гидротехнические сооружения, кроме непосредственного хозяйственного значения, как указывают В. Н. Беклемишев и П. Г. Сергиев, должны обеспечивать и улучшение санитарного состояния района. Поэтому они должны соответствовать гигиеническим требованиям.

Необходимо исключать возможность развития вторичных очагов, обязанных своим происхождением различным нарушениям хозяйственно-санитарных требований.

В Западную Сибирь в 30-х годах была завезена ондатра—ценный пушной зверек. Здесь она акклиматизировалась. Ондатра очень восприимчива к туляремии и при развитии инфекции вовлекается в эпизоотии и гибнет. Для повышения продуктивности ондатрового хозяйства промысловые хозяйства должны предусматривать и проводить оздоровительные мероприятия в угодиях, заселенных ондатрой. В санитарном оздоровлении территории озерных займищ, являющихся в лесостепной зоне Западной Сибири основными местами обитания ондатры, помимо борьбы с водяной крысой, имеет несомненное значение уничтожение старых, заброшенных ондатрами хаток, являющихся микроочагами туляремийной инфекции, содержание в санитарном состоянии искусственных валов, которые очень быстро заселяются водяными крысами, полевками — экономками и землеройками.

Можно, несомненно, подобрать специфические организационно-хозяйственные мероприятия, проведение которых оздоровит и другие ландшафтные варианты арвикулярных природных очагов и, в частности, дельтовые и предгорно-долинно-ручьевые.

При этом очень важно выявить природные условия, которые способствуют созданию местных ландшафтных типов очагов.

Проблема типизации туляремийных очагов приобретает поэтому первостепенное научное и практическое значение. Выше, на примере Барабинского очага, типичного для всей центральной и северной лесостепной зоны Западной Сибири, мы указывали на значение влажных ло-

для нарастания численности водяных крыс и массового выплода кровососущих насекомых.

Иная картина наблюдается в южных районах лесостепи и в степной зоне Западной Сибири, а также Северного Казахстана с их природными очагами, которые мы относим к займищно-озерному и займищно-речному типу. В годы, когда уровень воды в озерах и реках повышается и вода сплошь заливает займища, крысам бывает негде устраивать гнезда, их выводки вымокают. В годы с более низким уровнем воды в водоемах, когда тростниковые займища частично обсыхают, гнездопригодная площадь резко возрастает. Водяные крысы в эти периоды интенсивно размножаются и находят благоприятные условия для зимовки. Такие периоды в этой зоне могут быть неблагоприятными в туляремийном отношении.

Каждый тип очага имеет специфические природные особенности, которые необходимо учитывать при разработке оздоровительных мероприятий, а также при организации и проведении вакцинации населения.

В литературе уже обращалось внимание, что происхождение полевочного очага средней полосы Европейской части СССР целиком зависит от сельскохозяйственной и земледельческой деятельности человека в прошлые века. Человек, применяя примитивную агротехнику, создал в начальный период развития сельского хозяйства в лесной полосе условия для расселения и общего подъема численности полевых и луговых грызунов и пастбищных клещей — основных компонентов очага, что обусловило их экологические связи и создало условия для развития инфекции туляремии и контакта с ней человека. Высокая культура агротехники при социалистических формах сельского хозяйства органически исключает условия для развития грызунов и клещей (Максимов, 1948, 1950; Олсуфьев, 1953, и др.).

Мы постоянно сталкиваемся с фактами отсутствия заболеваний туляремией в тех колхозах и совхозах, где проводится комплекс агротехнических мероприятий, так как интенсивное размножение вредных грызунов возможно лишь при нарушениях агротехники — при засоренности полей, плохой обработке почвы, задержке обмолота скирд и др.; подъем численности грызунов при известных обстоятельствах может обусловить развитие туляремии. В планах противотуляремийных работ по истреблению грызунов необходимо обращать основное внимание на соблюдение колхозами комплекса агротехнических мероприятий, требуемых противоэпидемической службой. Поскольку основным эпидемиологическим фактором в ряде районов является задержка обмолота, то ее следует считать нарушением самых элементарных правил санитарии и добиваться безусловного устранения таких недостатков.

Вместе с тем в комплексных планах противотуляремийных мероприятий нецелесообразно оставлять такие не оправдавшие себя в прошлом и малоэффективные мероприятия, как переборка соломы в омета́х, окопка скирд ловчими канавками, отравление грызунов в скирдах приманками. Необходимо выявлять и распространять опыт колхозов по защите хозяйственных объектов от грызунов. Известно, например, что грызуны, помимо скирд необмолоченного хлеба, заселяют во множестве стога и ометы, оставление которых на зиму на лугах и полях требуют хозяйственные интересы. В пойме Оби, в ряде мест Подмосковья мы наблюдали практику засолки сена в стогах. Засолка позволяет сторовать сено в недостаточно просохшем состоянии (засоленное сено консервируется), увеличивает поедаемость сена скотом и др. Этот прием имеет непосредственный интерес и для противотуляремийной службы, так как в засоленных стогах грызуны, как показали наблюдения, не живут.

В Колыванском районе Новосибирской области при засолке стого берется 12,5 кг соли на 25 ц сена. Увлажненной солью сено пересыпаю послойно. Если решают предупредить проникновение грызунов в сто то необходимо засаливать в основном лишь нижние и периферически части стога. В данном примере, имеющем более частное значение, сани тарное мероприятие тесно сочетается с хозяйственными интересами.

Создание условий, исключающих возможность жизни и размножс ния грызунов и других источников и переносчиков туляремии, являетс наиболее перспективным путем проведения эффективного истреблени грызунов и противотуляремийных мероприятий.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ГЕЛЬМИНТОЗОВ В РАЙОНЕ СТРОИТЕЛЬСТВА КАХОВСКОГО ГИДРОУЗЛА И ЮЖНО-УКРАИНСКОГО КАНАЛА

С. М. Вишневская, Г. С. Удовиченко, К. В. Бирюкова, В. Л. Гербильский, Л. Г. Муквоз, Н. Е. Рудницкая, Е. И. Корниенко Е. Н. Гуревич, Е. И. Писаренко, Т. Д. Лой, М. К. Шевчук, Э. К. Хвалибова, И. Ю. Геллер

Из гельминтологического отдела Украинского научно-исследовательского институт малярии и медицинской паразитологии имени проф. Рубашкина (дир. институт И. А. Демченко, зав. отделом—проф. Е. С. Шульман), из эпидемиологического отд ла Киевского института эпидемиологии и микробиологии (дир. института С. Н. Тер хов, зав. отделом—доцент Ю. Е. Бирковский), из кафедры биологии и паразитологи Днепропетровского медицинского института (зав. кафедрой—доцент В. Л. Гербил ский), из Запорожской областной противомалярийной станции (зав. станци Я. М. Белый), из Херсонской областной противомалярийной станции (зав. станци И. П. Агафонов), из Днепропетровской областной противомалярийной станции (за станцией М. К. Шевчук), из Николаевской областной противомалярийной станц (зав. станцией С. И. Ганюни)

(Поступила 28/I 1953 г.)

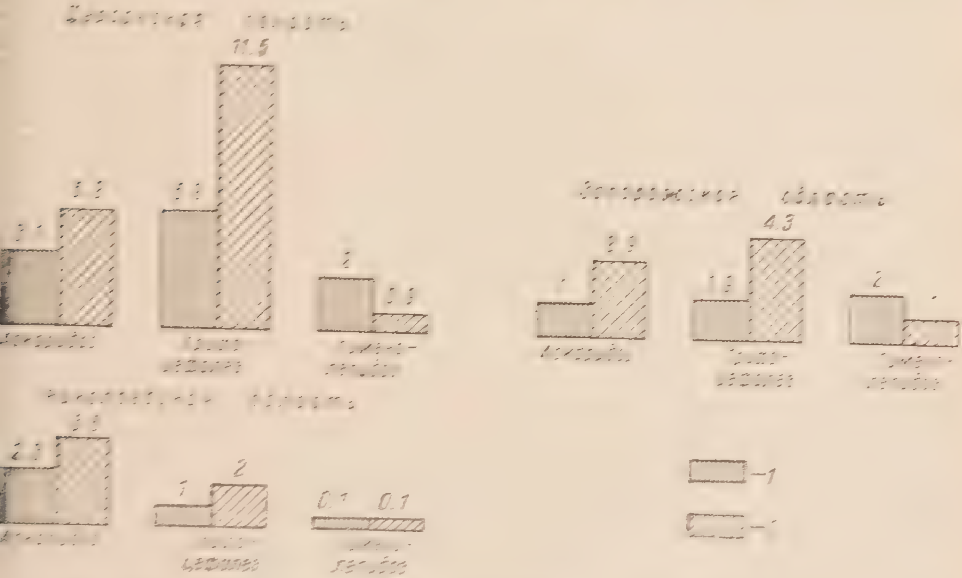
В районы строительства Каховского гидроузла и Южно-Украин ского канала прибывают значительные контингенты трудящихся из ра личных местностей Советского Союза. Необходимо предупредить зано аскаридоза, трихоцефалеза и других гельминтозов в районы строител ства и заражение приезжих контингентов строителей гельминтозам от местного населения. Органы здравоохранения обязаны провест теперь же мероприятия по ликвидации в течение ближайших 3—4 ле аскаридоза в районе строек и по предупреждению возникновения нов очагов аскаридоза и других гельминтозов.

Задачей данной работы было на основе изучения эпидемиологи гельминтозов в зоне строительства, применяя плановые комплексны лечебно-профилактические мероприятия, начать оздоровление от гел минтозов приезжих контингентов и местного населения, а также пров сти мероприятия по охране внешней среды от загрязнения яйцам гельминтов.

Эта работа была начата в 1951 г. Обследование и лечение проводи лись в основном местными работниками под руководством Украинско научно-исследовательского института малярии и медицинской паразито логии имени проф. Рубашкина.

В 1951 г. было установлено, что преобладающими инвазиями среди населения зоны влияния строительства Каховской ГЭС и Южно-Украинского канала были аскаридоз и трихоцефалез (не считая энтеробиоза), которые чаще встречались у строителей, чем у местного населения. Исключение представляла Запорожская область, где среди местного населения преобладал гименолепидоз.

В 1952 г. [illegible]



[illegible]авнительные данные о пораженности гельминтозами среди местного и пришлого населения в 1952 г. (в процентах).

[illegible]

[illegible] возросло в 1952 г. в 2½—3 раза по сравнению с 1951 г.

[illegible] в 1951—1952 гг. [illegible]

[illegible] аскаридозом и трихоцефалезом [illegible] показал, что там, где сконцентрированы группы, прибывшие из западных областей Украины, пораженность аскаридозом и трихоцефалезом среди населения значительно [illegible].

Так, среди жителей населенных пунктов Днепропетровской области, где разместились прибывшие из западных областей Украины, аскаридоз наблюдался у 7% и трихоцефалез у 5%, а в населенных пунктах, где нет прибывших, аскаридоз встречался у 0,8%, а трихоцефалез у 0,6%.

За последние 3 года наблюдается, однако, некоторое снижение инвазированности среди населения. Так, в Днепропетровской области пораженность геогельминтозами была в 1950 г. у 3,1%, в 1951 г.—у 2,7% и в 1952 г.—у [illegible]. В Запорожской области в 1950 г. пораженность аскаридозом была у 2,8%, в 1951 г.—у 1,3% и в 1952 г.—у 1,2%, соответственно гименолепидозом у 3,6, 3,3 и у 2,4%.

Это произошло вследствие применения широких массовых лечебно-профилактических мероприятий.

Процент пораженности геогельминтозами среди населения зон влияния строительства относительно невысокий, однако у прибывших из западных областей Украины инвазированность аскаридами достигает 44% и выше, власоглавами—25%; через $1^1/_2$—2 года аскаридоз исчез но трихоцефалез снижался медленнее, так как власоглавы живут в кишечнике человека дольше, чем аскариды.

Отсутствие реинвазии объясняется климатическими (микроклима тическими) факторами внешней среды, инсоляцией и высыханием (почва—песок, супесок, местами лес обусловливают быстрое обезвожи вание и большое прогревание почвенного слоя, что является неблаго приятным для развития яиц геогельминтов).

Необходимо помнить, что и в неблагоприятных климато-географи ческих условиях возможно создание микроочагов, в которых яйца гео гельминтов могут завершить свое развитие и служить источником зара жения.

Так, Н. П. Шихобалова и Городилова (1945) доказали, что в Са марканде с жарким и сухим климатом могут в отдельных дворах создаться микроклиматические условия, которые способствуют развитию яиц аскарид и созданию микроочагов аскаридоза.

Нами проведена следующая работа по изучению степени загрязне ния внешней среды яйцами гельминтов.

Пробы почвы дворов брали с поверхности и с глубины 2 см; иссле дование почвы проводилось по методу З. Г. Васильковой и Л. А. Геф тер (1948).

При исследовании в 1951 г. проб почвы дворов в Каховке, Мелито поле и селе Терпенье обнаружены единичные жизнеспособные яйца аскарид.

В 1952 г. в Каховке была исследована почва дворов в 5 усадьбах где проживают больные аскаридозом. Из 20 исследованных проб почвы положительными оказались 10, отобранные возле уборных. Обнаружено 25 яиц аскарид, из них половина была жизнеспособными, и 12 яиц власоглавов, из которых жизнеспособными были 8. В Днепропетровске почва исследована в 10 дворах, где проживают колхозники-переселенцы. Яйца геогельминтов обнаружены в 50% проб.

В 6 общежитиях в Каховке и в Новой Каховке было исследовано по 12 проб — смывы с дверей, ручек, полов и плинтусов в коридорах со стен, стульчаков и дверей дворовых уборных. Обнаружены единичные яйца аскарид в смывах в двух общежитиях из 6.

В 1951 и в 1952 г. была проведена очистка территории, вывезены нечистоты; особенно тщательно проводились профилактические меро приятия в усадьбах, где проживали инвазированные аскаридами и анкилостомидами.

В 1951 г. изучались сроки развития и выживаемости яиц аскарид и власоглавов в почве в Каховке, Мелитополе, селе Терпенье, а в 1952 г лишь яиц аскарид в Каховке.

Опыты ставились в поверхностном слое затененных и освещенных солнцем участков почвы и на глубине 2 см.

Яйца аскарид и власоглавов, полученные из фекалий больного наносили на фильтры, которые закладывали в почву. Одновременно ставили контроль.

В Каховке в 1951 г. лишь единичные яйца аскарид и власоглавов достигали стадии подвижной личинки в поверхностном слое почвы тене вого участка через 22 дня после закладки.

В слое почвы на глубине 2 см на освещенном солнцем участке в июле и августе жизнеспособность сохраняли 14—20% яиц аскарид и 10—12% власоглавов. В теневом участке стадии подвижной личинки

достигают 25—59% яиц аскарид и 26—52% власоглавов. При этом в 51% яиц аскарид личинки сохраняли жизнеспособность в течение года; среди этих жизнеспособных личинок чехлик имели 9% (яйца аскарид заложены в почву 28/VIII 1951 г., просмотрены 28/VIII 1952 г.).

В 1952 г. опыты с яйцами аскарид были поставлены 28/IV в теневом участке на глубине 2 см. Через 4 месяца в 56% яиц развились подвижные личинки, из которых 5% имели чехлик.

В опытах, поставленных на той же глубине того же участка в начале августа, через 13 дней в 61% яиц развились личинки, из которых 48% были подвижны. В поверхностном слое почвы через 13 дней стадии личинки достигло 47% яиц, однако подвижных личинок было только 18%. На освещенном солнцем участке на глубине 2 см через 11 дней 67% яиц аскарид оказались деформированными, остальные яйца имели бластомеры.

Влажность поверхностного слоя почвы затененного участка равнялась 2,8—3,1%, на глубине 2 см—7,9—8,4%; максимальная температура почвы 31—34°. Влажность почвы освещенного участка на той же глубине 1,74—2%; максимальная температура почвы 34—41°.

Наблюдения за действием прямых солнечных лучей на яйца аскарид производили в 1951 г. во второй половине августа; яйца погибли через 3—5 часов. В 1952 г. наблюдения производили в первой половине августа в разные часы дня.

В 15 часов яйца аскарид потеряли жизнеспособность уже через час, а в утренние часы — через 2 часа. При этом влажность почвы была 1,1—1,2%, максимальная температура почвы 36—43°. Почва в Каховке песчаная.

Из вышеприведенного следует, что в затененных местах яйца аскарид могут развиваться до стадии подвижной личинки в течение 15—22 дней и сохранять жизнеспособность в течение года; в поверхностном слое почвы лишь незначительная часть яиц сохраняла жизнеспособность.

Наши данные совпадают с данными, полученными Н. П. Шихобаловой и Городиловой в условиях равнинно-степной зоны (Самарканд).

В 1951 г. была исследована также вода Днепра в Каховке в местах массового купания и в среднем участке Ленинского водохранилища. Обнаружены единичные яйца аскарид.

В августе 1952 г. исследована вода в Каховке у правого и левого берегов Днепра на глубине 0,5 м в местах массового купания. В 103 л воды обнаружено 26 яиц аскарид, из них 17 жизнеспособных и 9 деформированных, и 12 яиц власоглавов, из которых 8 жизнеспособны и 4 деформированы. Содержание растворенного кислорода в воде в августе и сентябре было 8,2—8,3 мг/л (по данным старшего научного сотрудника Института коммунальной гигиены Н. Е. Квитницкой).

Исследование воды Днепра в Днепропетровске производилось в июне — июле 1951 г. Температура воды 16,8—23,6°. Содержание кислорода—6,21—10,03 мг/л. В поставленных опытах яйца аскарид развились в воде до инвазионной стадии через 34 дня в летние месяцы на глубине 10 см и 1 м. Однако это не может иметь эпидемиологического значения, так как в естественных условиях яйца аскарид не могут находиться во взвешенном состоянии в воде в течение такого длительного периода.

Донные отложения исследовали по методу З. Г. Васильковой и Л. А. Гефтер с 83 станций в районе Ленинского водохранилища. Яйца аскарид обнаружены в донных отложениях 33 станций.

Оказалось, что яйца скопляются в наиболее углубленных частях речного ложа и, таким образом, теряют свое эпидемиологическое значение.

Для изучения степени распространения описторхоза среди населения в зонах строительства в Никополе, Днепропетровске, Николаеве, Запорожье, помимо копрологического обследования, было организовано исследование дуоденального содержимого на яйца описторхисов тех больных, которые жаловались на боли в печени. В Никополе из общего числа 169 больных с заболеваниями печени яйца Opisthorchis felineus выявлены у 8, в Днепропетровске—у 9, в Николаеве—у 2, в Запорожье — у 2. В Херсоне обследовано 82 человека и пораженных описторхозом не обнаружено. Все больные описторхозом подвергнуты лечению.

В прибрежных районах Днепропетровской области обследован на гельминтозы 291 человек: яйца описторхисов не обнаружены. В 10 прибрежных населенных пунктах были вскрыты 33 кошки; у 26 обнаружены O. felineus. Наиболее интенсивная пораженность наблюдалась у кошек в Никополе (от 20 до 60 экземпляров).

Исследовано 136 рыб карповых пород; метацеркарии найдены у 79. Видовая принадлежность устанавливается.

В Николаевской области исследована печень 40 собак и 10 кошек. Выявлено 7 случаев описторхоза. Во всех населенных пунктах лица, инвазированные различными видами гельминтов, взяты на особый учет и подвергнуты соответствующему лечению.

В населенных пунктах, где аскаридоз среди переселенцев был выше 40%, три раза в течение года проведена массовая дегельминтизация.

Следует отметить, что не все еще больные гельминтозами дегельминтизированы. В Каховском районе находятся под наблюдением 20 очагов, в которых было обнаружено по 2—3 инвазированных аскаридами. При повторных анализах после дегельминтизации инвазированных аскаридами не обнаружено. Все же наблюдение продолжается.

Выводы

1. Преобладающими гельминтозами среди пришлых контингентов и местного населения зоны строительства Каховской ГЭС, а также Южно-Украинского канала являются, не считая энтеробиоза, аскаридоз и трихоцефалез, которые встречаются значительно чаще среди пришлого, чем среди местного населения.

2. Незначительная загрязненность почвы и воды Днепра жизнеспособными яйцами аскарид, а также быстрая гибель их в поверхностных слоях почвы обусловливают, повидимому, сравнительно низкую пораженность аскаридозом местного населения.

3. В Каховке и других местах с аналогичным климатом и почвой могут создаваться благоприятные условия (микроклиматические) для развития яиц аскарид на глубине 2 см в затененных местах.

4. Наличие значительного числа переселенцев из западных областей Украины обусловливает более высокий процент пораженности населения аскаридозом и трихоцефалезом по населенному пункту в целом.

5. Лица, прибывшие из западных областей, широко инвазированные аскаридами и власоглавами, при соответствующих условиях (сухое и жаркое лето) оказываются свободными от аскарид через $1^1/_2$—2 года, инвазия власоглавом сохраняется.

6. В Днепропетровской области в прибрежных районах у кошек значительно распространен описторхоз. Это является показателем возможности заражения людей, что подтверждается находками яиц O. felineus у лиц с заболеваниями печени.

К ВОПРОСУ О ДЛИТЕЛЬНОСТИ ТЕЧЕНИЯ АСКАРИДОЗА И ТРИХОЦЕФАЛЕЗА

Е. И. Гордон

Из Института малярии, медицинской паразитологии и гельминтологии Министерства здравоохранения СССР (дир. института — проф. П. Г. Сергиев) и кафедры малариологии Центрального института усовершенствования врачей (дир. института — проф. В. П. Лебедева)

(Поступила 28/I 1954 г.)

Вопрос о длительности жизни аскарид и власоглавов имеет большое значение в изучении эпидемиологии и организации рациональных мероприятий по борьбе с аскаридозом и трихоцефалезом. Знание длительности жизни паразитов может помочь также при составлении прогнозов о составе гельминтофауны населения при изменении природно-климатических условий в определенных районах Советского Союза.

В настоящее время при планировании мероприятий по борьбе с гельминтозами исходят из положения, что Ascaris lumbricoides живет в организме человека от 1 года до $1^1/_2$ лет, а Trichocephalus trichiurus — до 5 лет.

Основанием для этого представления послужили материалы некоторых экспериментальных работ по биологии паразитов и ряд эпидемиологических наблюдений.

Дополнительным материалом, освещающим вопрос о длительности жизни аскарид и власоглавов в организме человека, могут служить данные, полученные нами при обследовании в сентябре—октябре 1952 г. населения некоторых пунктов Западной Туркмении.

Климат этого района континентальный. Жаркий период тянется с апреля — мая по сентябрь — октябрь. За это время максимальная температура воздуха доходит до 40—50°. Среднее количество годовых осадков очень невелико.

Почва в основном рыхло-песчаная, засоленная, с весьма малым содержанием воды. В летний период температура почвы на поверхности превышает 70°. Растительность скудная, земледелие и огородничество в районе не развито, тем самым почвенно-климатические условия препятствуют развитию яиц геогельминтов.

Население, смешанное по своему составу, может быть разбито на 2 группы — коренное и пришлое. В состав пришлого населения входят лица, приехавшие на работу из разных районов Советского Союза и прожившие в данном пункте не более 10 лет. Эта группа отличается большой текучестью—состав ее постоянно меняется.

Для определения гельминтофауны было проведено копрологическое обследование 899 человек, из них 220 коренных жителей и 679 пришлого населения. В группе коренного населения детей до 14 лет — 134, а в группе пришлого населения—251 ребенок.

Коренное население почти полностью свободно от геогельминтозов, не считая энтеробиоза. Основным гельминтозом является гименолепидоз, обнаруженный у 15,7% детей и у 5,8% взрослых.

Гельминтофауна пришлого населения более разнообразна. Среди лиц этой группы по преимуществу выявлены геогельминты, среди которых на первом месте стоит власоглав. Среди детей трихоцефалез установлен у 6,8%, а среди взрослых у 9,1%. Аскаридоз установлен соответственно у 3,2% и у 1,8%. Среди приезжих было выявлено также 2 случая заболевания анкилостомидозом, 28 гименолепидозом, 10 тениаринхозом и 2 дифиллоботриозом.

Приведенные данные показывают, что в район обследования постоянно прибывают лица, зараженные аскаридозом, трихоцефалезом и другими гельминтозами, не свойственными местному населению.

Однако, несмотря на значительное рассеивание во внешнюю среду экскрементов, создание стойких очагов аскаридоза и трихоцефалеза, даже при заносе большого количества яиц аскарид и власоглавов, не имеет места, так как почвенно-климатические условия препятствуют развитию и созреванию яиц геогельминтов. Вследствие этого возможность нового, повторного заражения пришлого населения почти исключена.

Основываясь на литературных данных о предполагаемой длительности жизни аскарид и власоглавов, представляло интерес выявить характер изменения гельминтофауны приезжего населения в зависимости от сроков проживания в жаркой, засушливой местности.

Мы провели сопоставление длительности проживания в обследованном районе и степени зараженности аскаридозом и трихоцефалезом для группы лиц в 399 человек. Обследованные были разделены на 4 группы: 1) прожившие в обследованных пунктах безвыездно не более года; 2) прожившие от 1 года до 2 лет; 3) прожившие от 2 до 5 лет; 4) прожившие свыше 5 лет (см. таблицу).

Влияние длительности пребывания в некоторых засушливых районах Западной Туркмении на зараженность аскаридозом и трихоцефалезом

Длительность пребывания	Количество обследованных			Выявлено зараженных	Заражено		Интенсивность заражения при трихоцефалезе			
	всего	взрослых	детей в возрасте до 14 лет		аскаридами	власоглавами	0—1 яйцо в поле зрения	до 2 яиц в поле зрения	до 3—5 яиц в поле зрения	более 5—6 яиц в поле зрения
До 1 года	61	47	14	15	7	11	5	3	1	2
От 1 года до 2 лет	102	54	48	27	4	17	11	5	1	—
От 2 до 5 лет	102	65	37	19	2	7	5	—	2	—
Свыше 5 лет	74	53	21	1	—	1	1	—	—	—

С увеличением длительности проживания уменьшается пораженность аскаридозом и трихоцефалезом, а также и интенсивность инвазии (5—15 яиц в поле зрения при анализе экскрементов у лиц, недавно приехавших в Туркмению, и единичные яйца в препарате у лиц, проживших в данном районе несколько лет).

Данные таблицы показывают, что аскаридоз почти полностью исчезает после 1—2 лет пребывания в засушливом районе. Трихоцефалез держится дольше: значительное количество инвазий было выявлено среди лиц, проживших в Туркмении от 3 до 5 лет.

Таким образом, приведенный эпидемиологический материал может служить подкреплением положения о том, что длительность жизни аскарид в организме человека лежит в пределах 1—2 лет, а власоглава достигает 5 лет.

Не исключено, что отдельные местные заражения аскаридозом и трихоцефалезом все же возможны через овощи и фрукты, завезенные из районов широкого распространения данных гельминтозов или в микроочагах, создающихся в весенний или осенний сезон. Последнее представляется наиболее вероятным в тех участках, в которых живут больные аскаридозом и трихоцефалезом, заразившиеся в других районах

Для уяснения последнего предположения нами были поставлены опыты, в которых отмытые из фекалий оплодотворенные яйца аскарид сохранялись в осеннее время различные сроки на почве открытых и затененных участков. Обстановка опытов была очень близка к естественным условиям.

Проверка жизнеспособности и определение отдельных стадий развития яиц аскарид показали, что все яйца, оставшиеся на почве в течение 12 суток, погибли. Яйца, пролежавшие 3 суток, также не совершали дальнейшего развития и только значительное число яиц, оставшихся на открытом участке в течение 6 часов, после перенесения их в благоприятные условия развилось до личиночной стадии. Эти данные позволяют сделать заключение, что в естественных условиях, во второй половине октября, на неорошаемых участках почвы развитие яиц аскарид до инвазионной стадии мало вероятно.

Однако материалов опытов недостаточно для окончательного ответа на данный вопрос.

ДИНАМИКА СНИЖЕНИЯ ГЕЛЬМИНТОЗОВ СРЕДИ ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ АКИМОВСКОГО РАЙОНА ЗАПОРОЖСКОЙ ОБЛАСТИ

С. С. Мохур

Заведующий Акимовской районной противомалярийной станцией Запорожской области

(Поступила 16/VI 1953 г.)

В конце 1949 г. в Акимовский район Запорожской области переселилось некоторое количество жителей из западных областей Украины. Проведенное обследование переселенцев показало значительную инвазированность их гельминтами. Для проведения мероприятий по борьбе с гельминтозами среди переселенцев были привлечены медицинские работники района и активисты общества Красного Креста. Противоглистные мероприятия проходили под методическим руководством районной противомалярийной станции, которая организовала семинар с врачами и средними медицинскими работниками и разработала комплексный план мероприятий. Этот план после обсуждения на производственном совещании медицинских работников района был утвержден районным отделом здравоохранения. Сущность его заключалась в следующем:

1. Всех переселенцев обследовать на гельминтозы.
2. Провести своевременную дегельминтизацию всех выявленных инвазированных.
3. Обеспечить обязательное участие работников общей медицинской сети в проведении противоглистной работы и привлечь к ней актив общества Красного Креста (особенно в школах).
4. Широко развернуть санитарно-просветительную работу.

В IV квартале 1949 г. и в I квартале 1950 г. обследованию было подвергнуто 934 человека из числа переселившихся за этот же период на территорию района. Сравнивая полученные результаты с имевшимися материалами по зараженности гельминтами местного населения, мы получили следующие данные (табл. 1).

Данные табл. 1 показывают, что разница в инвазии среди местного населения и переселенцев очень большая главным образом за счет аскаридоза и трихоцефалеза.

Таблица 1

Зараженность гельминтозами в Акимовском районе Запорожской области местного населения и переселенцев (данные 1950 г.)

Гельминтозы	Переселенцы (в процентах к общему числу)	Местное население (в процентах к общему числу)
Аскаридоз . .	81	1,6
Трихоцефалез	38	1,5
Гименолепидоз	0,95	1,7
Энтеробиоз[1] .	27	21

[1] На энтеробиоз специальными методами обследовали только детей, по отношению к которым и даны цифры в таблице.

Все переселенцы были почти равномерно размещены по населенным пунктам района в специально для них выстроенных домах или же в домах местных жителей. Последнее обстоятельство усиливало создание бытового контакта, представляющего опасность для распространения геогельминтозов среди местного населения. Поэтому вопрос о своевременном проведении дегельминтизации инвазированных переселенцев приобретал первостепенное эпидемиологическое значение.

Дегельминтизацию переселенцев главным образом от аскаридоза проводили параллельно с обследованиями, для чего при поликлинике районной больницы был организован воскресный дневной стационар.

За 2 дня до лечения больному нарочным сообщали (в письменной форме), чтобы он в воскресенье к 9 часам утра явился в поликлинику, в субботу вечером приняв солевое слабительное, которое вручали ему одновременно с вызовом. В воскресенье всем явившимся в поликлинику лицам проводили дегельминтизацию в соответствии с инструкцией; при аскаридозе — санкофеном, при комбинированной инвазии — аскаридоз с трихоцефалезом — гексилрезорцином. На каждое воскресенье вызывали 10—15 человек. Медикаменты на второй день больной получал на руки.

Как показали первые дни работы дневного стационара, наиболее удобным являлось проведение лечения одновременно всех лиц, проживающих в одном квартале, или на определенном отрезке улицы. Это обстоятельство облегчало в последующие 5 дней работу дезинфектора, который в целях уничтожения инвазионного материала проводил хлорирование дворовых уборных при домах, где проживали больные, подвергнутые лечению.

По этому же принципу, но в меньших масштабах, проходила дегельминтизация на врачебных и фельдшерских участках. Частично там, где это было необходимо по показаниям, дегельминтизацию делали в стационаре районной больницы или в стационарах участковых больниц.

Всего за период 1950—1952 гг. подвергнуто дегельминтизации переселенцев, инвазированных аскаридами, 652 человека и инвазированных власоглавом — 131 человек. Средняя интенсивность при аскаридозе, по данным дегельминтизации, равна 4. Однако нами зарегистрированы случаи значительной интенсивности аскаридоза — от 15 до 57 экземпляров.

В течение первого года пребывания переселенцев в Акимовском районе в силу ряда причин оказалось невозможным дегельминтизировать их всех. С момента первичного обследования прошел длительный промежуток времени (почти $1^1/_2$ года), поэтому перед дегельминтизацией было проведено повторное обследование, показавшее, что имело место самоизлечение многих больных от аскаридоза (табл. 2).

Сопоставляя наши первоначальные данные (табл. 1) с данными, полученными через $1^1/_2$ года, мы имели все основания утверждать о естественном освобождении больных от аскарид, так как процент самоизлечения от аскаридоза тем выше, чем больше времени прошло с момента переселения. Процесс снижения аскаридоза продолжался около $1^1/_2$ лет. За этот срок распространение аскаридоза у переселенцев стало таким же, как и у местных жителей. При трихоцефалезе процесс

Таблица 2

Инвазия переселенцев из Западной Украины, в связи со сроком их переселения по данным обследования в 1951 г.

Год переселения	Число обследованных	Количество инвазированных			
		аскаридами		власоглавом	
		число	%	число	%
Прибывшие 1949	332	8	2,4	24	10,4
» 1950	109	5	4,6	17	15,6
» 1951	60	47	78,3	16	20,7

самоизлечения идет медленнее, повидимому, в связи с большей продолжительностью жизни власоглавов.

В конце 1952 г., т. е. спустя три года после начала переселения, противомалярийная станция провела контрольное обследование переселенцев на гельминтозы. Обследованию был подвергнут 691 человек, из которых 300 были в свое время подвергнуты дегельминтизации, а остальные дегельминтизации не подвергались. Если по данным обследования за 1950 г. аскаридоз был обнаружен у 81% переселенцев, а трихоцефалез у 38%, то по данным обследования за 1952 г. эти гельминтозы среди того же контингента людей резко снизились (табл. 3)

Таблица 3

Вид инвазии	Инвазированность переселенцев по прибытии в район (в %)	Инвазированность переселенцев после 3 лет проживания в районе (в %)	Среднерайонный процент инвазированных среди местного населения
Аскаридоз	81	2,2	1,6
Трихоцефалез	38	10,4	1,4

И все же процент инвазированности переселенцев власоглавом более чем в 7 раз превышал процент инвазированности этим гельминтом местного населения. Из этого следует, что длительность жизни власоглава больше трех лет.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕГЕЛЬМИНТИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ[1]

Н. М. Жуков

Из санитарно-эпидемиологической станции врачебно-санитарного отдела Министерства путей сообщения СССР (начальник Т. И. Артеменкова)

(Поступила 10/V 1954 г.)

Степень эффективности борьбы с аскаридозом зависит от параллельно проводимой дегельминтизации населения и внешней среды.

Очень важно выяснить вопрос, какова эпидемиологическая эффективность массовой дегельминтизации населения при аскаридозе из года в год проводимой в одних и тех же населенных пунктах. По нашим наблюдениям, при микроскопических исследованиях фекалий дегельминтизированных обращает на себя внимание рост встречаемости неоплодотворенных яиц. Увеличение процента встречаемости неоплодотворенных

[1] В работе принимала участие лаборантка С. Ф. Шкребтиенко.

яиц аскарид среди инвазированных лиц, несомненно, является благоприятным эпидемиологическим показателем, так как неоплодотворенные яйца аскарид, попадая во внешнюю среду, не развиваются и, следовательно, не являются инвазионными. Таким образом, встречаемость неоплодотворенных яиц в экскрементах может служить показателем успешной борьбы с аскаридозом.

Продолжая свою работу, которая освещена в статье «Сравнительные данные эффективности дегельминтизации населения 2 пунктов за 1950—1951 гг.» [1], мы и в последующие годы наблюдали за этими же двумя населенными пунктами.

Из рис. 1 видно, что в первом поселке из года в год под влиянием массовой дегельминтизации одновременно со снижением процента инвазированных лиц имеет место нарастание процента встречаемости неоплодотворенных яиц аскарид среди инвазированных. Так, в 1953 г. процент инвазированных лиц с 1950 г. снизился с 33 до 17,7, т. е. на 15,3%, тогда как процент встречаемости неоплодотворенных яиц среди инвазированных под влиянием массовой дегельминтизации соответственно увеличился с 19,7 до 66,7, т. е. на 47%. Следовательно, в первом поселке в 1953 г. оплодотворенные яйца аскарид, способные стать инвазионными, были обнаружены всего у одной трети инвазированных лиц (33,3%).

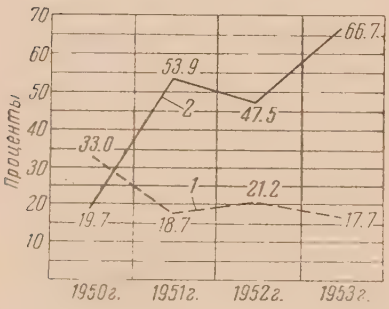


Рис. 1. Эпидемиологическая эффективность массовой дегельминтизации при аскаридозе в первом поселке.
1—процент лиц, инвазированных аскаридами; 2—процент инвазированных лиц с неоплодотворенными яйцами аскарид.

Во втором поселке (рис. 2), в санитарном отношении стоящем ниже по сравнению с первым поселком, наблюдается тот же характер соотношения между процентом инвазированных лиц и процентом встречаемости неоплодотворенных яиц среди инвазированных. Разница заключается в том, что при проведении в обоих поселках одних и тех же мероприятий и при одинаковом снижении процента инвазированных (для второго поселка снижение с 64,7% до 46,3%, т. е. на 18,4%; для первого — на 15,3%) процент роста встречаемости неоплодотворенных яиц за тот же период во втором значительно отстал от роста в первом поселке (соответственно—26,6% и 47%).

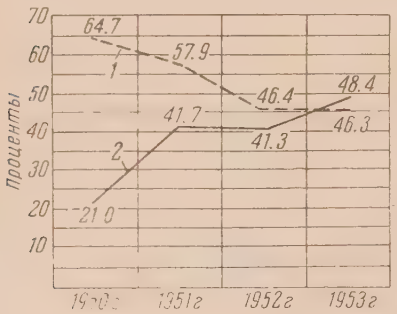


Рис. 2. Эпидемиологическая эффективность массовой дегельминтизации при аскаридозе во втором поселке.
1—процент лиц, инвазированных аскаридами; 2—процент инвазированных лиц с неоплодотворенными яйцами аскарид.

Следовательно, чем выше процент инвазированных, тем медленнее увеличивается процент встречаемости неоплодотворенных яиц аскарид среди инвазированных, и, наоборот, чем ниже процент инвазированных, тем быстрее увеличивается процент нахождения неоплодотворенных яиц среди инвазированных. Это и понятно, так как при более низком проценте инвазированности в среднем ниже и интенсивность инвазии, т. е. уменьшаются шансы одновременного паразитирования самцов и самок.

[1] Медицинская паразитология и паразитарные болезни, 1953, № 3.

Рис. 3 служит подтверждением влияния массовой дегельминтизации на эпидемиологическую эффективность при аскаридозе.

В обоих поселках мы выделили по три группы лиц: I группа — 1950—1951 гг.; II группа—1951—1952 гг.; III группа—1952—1953 гг.

Все три группы лиц обследованы и подвергнуты лечению как в первый, так и во второй год.

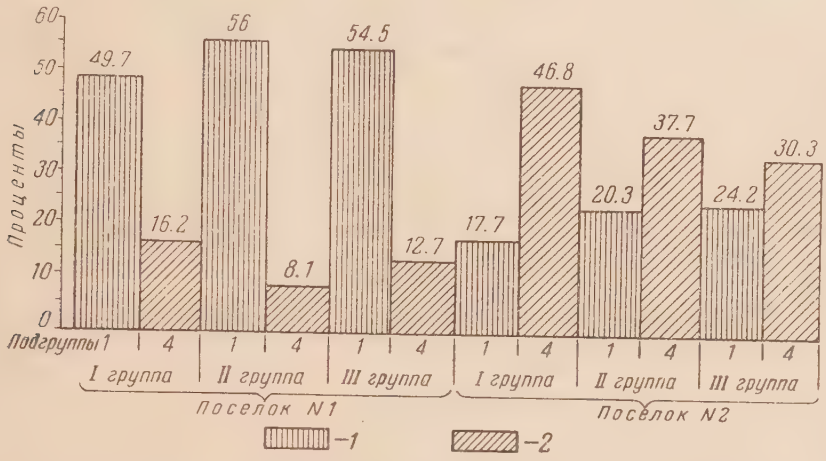


Рис. 3. Сравнительные данные эпидемиологической эффективности мероприятий в первом и втором поселках за 1950—1951 гг., 1951—1952 гг., 1952—1953 гг.
1—лица, свободные от аскарид; *2*—лица, реинвазировавшиеся аскаридами.

Три выделенные группы в обоих поселках в свою очередь были разбиты на 4 подгруппы (см. характеристику их в предварительном сообщении)[1]. В данном случае нас интересовала первая подгруппа, состоявшая из лиц, свободных от гельминтов как в первый, так и во второй год во всех трех группах, и 4-я подгруппа, состоявшая из лиц, инвазированных и в первый, и во второй год. Первая и четвертая подгруппы, как указывалось в предварительном сообщении, являются показательными для эпидемиологической картины и одновременно говорят об эффективности противогельминтных мероприятий. Эти два показателя использованы нами и в данной статье для изучения эпидемиологической ценности массовой дегельминтизации.

Из рис. 3 видно, что в первом поселке, находящемся в лучших санитарных условиях, по сравнению со вторым поселком во все годы (1950—1951, 1951—1952, 1952—1953) лица, свободные от гельминтов, составляют высокий процент (49,7, 56, 54,5), что характеризует меньший риск заражения гельминтами по сравнению со вторым поселком, где процент этих лиц значительно ниже и соответственно составляет 17,7, 20,3, 24,2.

Во втором поселке первая подгруппа хотя и составляет значительно меньший процент по сравнению с первым поселком, все же она под влиянием массовой дегельминтизации во второй и третьей группе дает нарастающий процент лиц, свободных от гельминтов, что говорит о наличии эпидемиологической эффективности дегельминтизации во втором поселке.

Еще ярче характеризует эпидемиологическую эффективность во втором поселке четвертая подгруппа, показывающая уменьшение удельного веса реинвазий (в 1950—1951 гг. — 46,8% реинвазий, в 1951—1952 гг. — 37,7%, в 1952—1953 гг. — 30,3%).

[1] Медицинская паразитология и паразитарные болезни, 1953, № 3.

В то же время в первом поселке четвертая подгруппа лиц составляет небольшой по сравнению со вторым поселком и несколько неравномерно снижающийся процент реинвазированных (16,2, 8,1 и 12,7).

Сопоставляя данные рис. 1 и 2 с данными рис. 3, мы видим, что проведение из года в год массовой дегельминтизации населения в одних и тех же населенных пунктах с уменьшением процента инвазированных лиц и увеличением среди них процента обнаружения неоплодотворенных яиц аскарид благоприятно влияет на эпидемиологическую эффективность, показателем которой по годам является увеличение лиц первой подгруппы, свободных от гельминтов, и уменьшение четвертой подгруппы, демонстрирующей уменьшение удельного веса реинвазий.

Выводы

1. Под влиянием массовой дегельминтизации населения, проводимой из года в год в одних и тех же населенных пунктах, уменьшается процент инвазированных лиц и увеличивается процент встречаемости неоплодотворенных яиц аскарид среди инвазированных.

2. Чем выше процент инвазированных (поселок № 2), тем медленнее увеличивается процент встречаемости неоплодотворенных яиц, и, наоборот, чем ниже процент инвазированных (поселок № 1), тем быстрее увеличивается процент нахождения неоплодотворенных яиц среди инвазированных.

3. Проведение из года в год массовой дегельминтизации населения с уменьшением процента инвазированных и увеличением среди них процента обнаружения неоплодотворенных яиц аскарид благотворно влияет на эпидемиологическую обстановку в обоих поселках.

К ЭПИДЕМИОЛОГИИ ЭХИНОКОККОЗА

А. Ф. Носик

Из кафедры паразитологии Харьковского ветеринарного института

(Поступила 2/X 1953 г.)

По литературным данным E. granulosus, кроме собаки, находили у волка, шакала, динго, лисиц и в виде большой редкости у домашней кошки. Н. В. Баданин (1948) сообщил, что им был обнаружен E. granulosus у льва. Нами с успехом в экспериментальных условиях удавалось заразить енотовидную собаку. Роль отмеченных выше дефинитивных хозяев E. granulosus в эпизоотологии и эпидемиологии эхинококкоза неодинакова, а в отношении некоторых из них имеются разноречивые данные. Так, одни авторы домашнюю кошку и некоторых других плотоядных животных считают дефинитивным хозяином E. granulosus, другие это отрицают. В большинстве районов основным источником распространения эхинококкоза среди животных и человека является собака. Этим ни в какой мере не умаляется значение в распространении эхинококкоза таких плотоядных, как волк, шакал и, может быть, лисица. Однако районы, в которых эти виды животных могут играть видную роль в эпизоотологии и эпидемиологии эхинококкоза, довольно ограничены.

Мы заражали путем скармливания заведомо здоровым животным (68 собак, 3 енотовидных собаки, 24 кошки и 5 лисиц) плодоносных эхинококковых пузырей (в основном типа E. veferinorum) с жизнеспособными зародышевыми сколексами. Учет результатов заражения, установ-

ление сроков развития и продолжительности жизни паразитов в организме плотоядных проводились путем систематического исследования фекалий и вскрытий через различные сроки после заражения животных. У всех собак и енотовидных собак развились половозрелые эхинококки.

Опыты показали, что отхождение члеников эхинококков, паразитирующих в тонком отделе кишечника собак, начинается только через 64—97 дней с момента заражения. Выделение члеников продолжается от 68 до 133 дней, а продолжительность жизни E. granulosus в кишечнике собак достигает 149—205 дней, в отдельных случаях и больше.

Рис. 1. Echinococcus granulosus из кишечника собак в различные сроки роста и развития.

I. 1—зародышевый сколекс из эхинококкового пузыря в невывернутом состоянии; *2*—то же в вывернутом состоянии. *II. 1*—E. granulosus различного возраста; *2*—2-недельного возраста; *3, 4*—30-дневного возраста; *5*—45-дневного возраста; *6*—2-месячного возраста; *7* и *8*—3-месячного возраста.

На рис. 1 представлены паразиты из кишечника собаки в различные сроки роста и развития.

Енотовидные собаки заражались так же легко, как и собаки. Удавалось заразить и отдельных кошек, но в их кишечнике паразиты не достигали половой зрелости. Одна из 8 взрослых кошек, подвергнутых заражению эхинококкозом в первой серии опытов, была убита на 9-й день после заражения. Обнаруженные у нее отдельные экземпляры паразитов представляли собой сколексы в вывернутом состоянии. У одной молодой кошки 4—5-месячного возраста, убитой на 15-й день после заражения, найдено 6 совсем молодых E. granulosus, тело которых состояло из головки и несколько удлиненной шейки.

Ни у одной из остальных 6 кошек, вскрытых через 20 –50 дней после заражения, паразитов обнаружено не было.

Во второй серии опытов было 16 кошек, в том числе 12 котят в возрасте от 5 до 30 дней и 4 взрослых кошки. Результаты контролировали через 10, 15, 30 и 45 дней после заражения. Если у отдельных котят при вскрытии через 10, 15 дней после заражения, а у одного даже через

30 дней были обнаружены единичные экземпляры недоразвитых эхино кокков, то через 45 дней паразитов уже не было не только у взрослы кошек, но и у всех котят. Паразиты, обнаруженные у котенка чере 30 дней после заражения, были явно недоразвиты.

У 5 лисиц, подвергшихся интенсивному заражению, через 45 дне после инвазирования не было обнаружено ни одного паразита.

Таким образом, взрослые кошки, как правило, не заражаются эхино коккозом, а молодые котята хотя и поддаются заражению, рост эхино кокков в их кишечнике замедлен, паразиты, не достигая половой зрело сти, удаляются из кишечника.

Из этого следует, что кошка не является дефинитивным хозяином E. granulosus и не имеет значения в эпизоотологии и эпидемиологии эхи нококкоза.

Общепризнанным является тот факт, что заражение как животных так и человека происходит через рот при заглатывании онкосфер E. granulosus с пищей, водой и пр.

Имеются указания отдельных авторов о том, что возможен аэроген ный путь заражения, а также через раневую поверхность. Нам не уда лось заразить эхинококкозом 3 поросят, 2 ягнят (как животных, наиболее восприимчивых к эхинококкозу) и 2 козлят путем нанесения заведом инвазионных онкосфер на раневую поверхность. Контрольные животны (2 поросенка и 2 ягненка), которым онкосферы были введены через рот заразились, причем основная масса пузырей была у животных в печени Одновременно с этим для проверки возможности аэрогенного пути зара жения мы вводили онкосферы с физиологическим раствором в трахе 4 поросятам и 2 ягнятам, придавая им во время введения спинно-боково положение. Из 4 подвергавшихся заражению этим способом порося эхинококковые пузыри были обнаружены только у 3, у 2 из них пузыр были только в печени и лишь у одного, кроме 21 пузыря в печени, было обнаружено 2 пузырька и в легких. Заразились оба. У обоих было боль-

Рис. 2. *I.* Различное состояние членика Echinococcus granulosus в момент передвижения. *II.* Рассеивание онкосфер зрелым члеником Echinococcus granulosus.

ше эхинококковых пузырей в печени, чем в легких (у одного 9 в печени и 3 в легких, у другого 6 в печени и один в легких).

Из этого мы заключаем, что вряд ли возможно заражение животных и человека через раневую поверхность и аэрогенным путем. Предположение врачей, что заражение человека возможно при укусе собаки, мы считаем несостоятельным. Если онкосферы попадают аэрогенным путем

в бронхи (как в нашем опыте при интратрахеальном введении), то там они не освобождаются от своей радиально исчерченной оболочки, а отходят со слизью при кашле, заглатываются, и заражение происходит через пищеварительный тракт. Подтверждением сказанному являются контрольные животные, которым онкосферы вводили через рот, и у них соотношение количества пузырей в печени и легких было примерно такое же, как и у животных, которым онкосферы вводили в трахею.

При дефекации собак с интенсивной эхинококковой инвазией часть члеников эхинококков остается в ampula recti и в перианальной области; оттуда они расползаются по телу, а выделяющиеся при движении члеников яйца приклеиваются к шерсти животного. У таких собак можно ви-

Рис. 3. Пучок шерсти собаки с приклеенными онкосферами E. granulosus.

деть невооруженным глазом большое количество приклеенных к шерсти сохшихся члеников; при микроскопическом же исследовании обнаруживаются в большом количестве яйца resp. онкосферы, приклеенные к шерсти. Особенно большое количество как ссохшихся члеников, так и отдельных онкосфер можно обнаружить на шерсти задней части тела животного (рис. 3).

В перианальной области членики вызывают зуд, в результате которого собака облизывает область ануса, загрязняя себе морду онкосферами. Так как собака обычно имеет близкий контакт с человеком, то это обстоятельство имеет существенное значение в эпидемиологии эхинококкоза человека. Членики, находящиеся на поверхности выделившихся фекалий, расползаются на значительное расстояние только в теплое время (при температуре от 7° до 30°). В зимних же условиях, т. е. при температуре ниже нуля, движение их обычно ограничивается поверхностью фекалий.

Выводы

1. Основным дефинитивным хозяином E. granulosus, имеющим решающее значение в распространении эхинококкоза человека, является собака.

2. Домашняя кошка не является дефинитивным хозяином E. granulosus.

3. Инвазирование животных (нужно полагать и человека) происходит алиментарным путем. Имеющиеся в литературе предположительные указания о том, что заражение эхинококкозом возможно через раневую поверхность и аэрогенным путем, не обоснованы.

АМЕБИАЗ В ТУРКМЕНИИ

Л. Е. Чалая, В. Д. Носина, В. И. Бобкова, З. Я. Камоликова

Из сектора экспериментальной паразитологии Института малярии, медицинской паразитологии и гельминтологии Министерства здравоохранения СССР (дир. института — проф. П. Г. Сергиев, зав. сектором — проф. В. П. Подъяпольская)

(Поступила 15/II 1954 г.)

По материалам экспедиции Института малярии, медицинской паразитологии и гельминтологии Министерства здравоохранения СССР, работавшей в 1951 г. в северных районах Туркменской ССР, амебная дизентерия занимает там заметное место в общем числе острых и хронических инфекционных кишечных заболеваний.

В 1952 г. работу по изучению распространения амебной дизентерии продолжали в течение сентября и октября в некоторых населенных пунктах Западной Туркмении: Небит-Даге и поселках Вышка и Джебел (окрестности Небит-Дага), в Красноводске и Казанджике.

В Небит-Даге и его окрестностях было обследовано на кишечные простейшие 626 человек здорового населения: 81 ребенок из яслей, 112 школьников младших классов туркменской школы, 70 школьников русских школ и 381 взрослый (включая школьников старших классов в возрасте старше 14 лет). При обследовании здорового населения применялся метод просматривания фекалий в нативном мазке, препаратах, обработанных раствором Люголя и окрашенных железным гематоксилином по Гейденгайну. Результаты обследования здорового населения приводятся в табл. 1.

Анализ полученных материалов показывает, что различные виды кишечных простейших среди местного и пришлого населения Туркмении обнаруживаются примерно в одинаковых соотношениях. Отличия в видовом составе простейших можно отметить лишь среди различных возрастных групп населения.

У детей раннего возраста дизентерийную амебу (цисты) обнаруживают значительно реже (6%), чем среди детей школьного возраста (27—32%). Среди здорового взрослого населения Entamoeba histolytica (цисты) обнаружена в несколько меньшем числе (21%), чем среди школьников. Еще бо́льшие отличия выявляются среди различных возрастных групп населения в отношении частоты обнаружения кишечных жгутиконосцев. У детей ясельного возраста Lamblia intestinalis обнаружена в 45%, а трихомонады в 25%. В группе школьников лямблии встречаются реже (31%), а кишечные трихомонады найдены лишь в единичных случаях. Среди взрослого населения Lamblia intestinalis и Trichomonas hominis были обнаружены соответственно в 9 и 7%.

Экспедицией было также проведено обследование больных, обращавшихся по поводу кишечных расстройств в амбулатории и больницы городов и населенных пунктов западных районов Туркмении.

В инфекционной больнице Небит-Дага было обследовано 294 больных острыми кишечными расстройствами (218 взрослых и 76 детей). Большинство больных поступило в больницу с клиническим диагнозом дизентерии. Лабораторных подтверждений этого диагноза у большинства больных не было по причине технических неполадок в работе местной бактериологической лаборатории. Результаты обследований представлены в табл. 2.

Тканевые формы дизентерийной амебы обнаружены в кровянисто-слизистых испражнениях 12 больных — у 4 с фагоцитированными эр-

роцитами и у 8 без эритроцитов. Несмотря на отсутствие эритроцитов протоплазме этих амеб, причисление их к группе тканевых форм не представляло труда вследствие наличия ряда характерных признаков, присущих только этим стадиям дизентерийной амебы.

У 7 больных из 12 одновременно тканевыми формами E. histolytica найдено значительное количество Trihomonas hominis и Chilomastix mesnili. У 2 больных обнаружены вегетативные формы лямблий. Другие виды кишечных амеб, как правило, в испражнениях этих больных не наблюдались.

Просветные формы E. histolytica обнаружены в слизистых или жидких испражнениях 13 больных. Одновременно с просветными формами в меньшем числе найдены цисты этой амебы, другие виды непатогенных амеб и большое количество жгутиковых.

В группе больных, в испражнениях которых наблюдались тканевые формы дизентерийной амебы, типичная амебная дизентерия имелась у 8 человек. Больные поступили с жалобами на схваткообразные боли в животе, тенезмы, частый слизисто-кровянистый стул. Заболевание протекало не тяжело, без явлений интоксикации. При ректороманоскопическом исследовании большинства больных отмечались язвы, эрозии, геморрагии на фоне слизистой нормального цвета, а иногда несколько анемичной. Лечение эметином до стихания острых явлений, а затем аминарсоном и грамицидином быстро приводило к клиническому выздоровлению. Измененная слизистая толстого кишечника быстро восстанавливалась.

У 4 больных с тканевыми формами дизентерийной амебы (Небит-Даг) заболевание протекало крайне тяжело. У 2 больных амебная дизентерия сочеталась с брюшным тифом и у 2 больных можно было думать о сочетании амебной и бактериальной дизентерии.

Вторую группу составили 13 больных, в испражнениях которых обнаружены просветные формы и цисты E. histolytica.

Жалобы этих больных сводились к болям в животе, вздутию, частому жидкому стулу со слизью, у некоторых

Таблица 1

Встречаемость кишечных простейших у различных возрастных групп здорового населения Небит-Дага и его окрестностей (в процентах)

Населенный пункт	Возрастная группа	Число обследованных	Entamoeba histolytica		Entamoeba hartmanni	Ent. coli	Jodamoeba butschlii	End. nana	Lamblia intestinalis	Trichomonas hominis	Chilomastix mesnili
			вегетативные формы	цисты							
Небит-Даг	Дети от 1 года до 3 лет	81	—	6	—	24	ед.	ед.	45	25	ед.
Вышка и Джебел	Школьники русской школы (до 14 лет)	70	—	27	16	61	18	18	31	ед.	ед.
Вышка и Джебел	Школьники туркменской школы (до 14 лет)	112	—	32	8,9	55	22	22	14	7	12
Небит-Даг	Взрослые	289	—	15	—	49,3	14	10	7	7	7,5
Вышка и Джебел	Взрослые	92	—	21,3	5,3	53	18	9,5	9,5	ед.	ед.

Таблица 2

Встречаемость кишечных простейших у больных с кишечными расстройствами Небит-Дага и Красноводска

Населенный пункт	Возрастная группа	Число обследованных	Число лиц, у которых выявлены										
			Entamoeba histolytica				E. hartmanni	Ent coli	Jodamoeba bütschlii	End. nana	Lamblia intestinalis	Trichomonas hominis	Chilomastix mesnili
			тканевая форма		просветная форма и цисты	всего							
			с эритроцитами	без эритроцитов									
Небит-Даг	Взрослые	218	4	8	13	25	—	79	21	11	29	57	56
		в %		5,5	6	11	—	36	9	5	13	26	25
Красноводск	Взрослые	142	1	2	7	10	—	58	21	29	21	25	20
		в %		2	5	9,8	—	40,8	14,7	20,4	14,7	17,6	17,6
Небит-Даг	Дети от 1 года до 3 лет	76	—	—	3	—	—	15	2	1	29	21	6
		в %	—	—	—	—	—	19	—	—	38	27	—

отмечалась частая смена послаблений запорами. Боли в животе локализовались по ходу толстого кишечника. Стул был не так част, жидкий, с примесью слизи, содержал лейкоциты и единичные эритроциты. Мы не имели возможности исключить бактериальную дизентерию у больных этой группы, поэтому вопрос об этиологическом значении дизентерийной амебы в данном случае остается открытым. Применение аминарсона при лечении этих больных дало положительный результат. У части больных с просветными формами E. histolytica клиническая картина целиком укладывалась в картину бактериальной дизентерии.

Одновременно с исследованием взрослых больных в Небит-Даге были исследованы 76 детей в возрасте от 1 года до 3 лет, госпитализированных в детском отделении инфекционной больницы по поводу острой и хронической бактериальной дизентерии (табл. 2). У большинства детей стул был полужидкий или кашицеобразной консистенции, с примесью гноя и слизи. Ни у одного ребенка не были обнаружены тканевые формы E. histolytica; лишь у одного найдены просветные формы и у двух — цисты дизентерийной амебы. Клинические явления у этой группы детей не могли быть связаны ни с одной из этих находок.

Lamblia intestinalis обнаружены у 29 и Trichomonas hominis у 21 ребенка.

В Красноводске были обследованы 142 больных с острыми расстройствами кишечника (см. табл. 2), в том числе 103 больных, срок пребывания которых в Красноводске не превышает 2—3 лет, и 39 больных, проживающих в Красноводске более значительное время. Больные первой группы поступили в больницу с диагнозом бактериальной дизентерии, который у большинства был подтвержден лабораторными анализами. Ни у одного больного этой группы не были обнаружены эритрофаги дизентерийной амебы. Лишь у одного были найдены в слизисто-гнойном стуле единичные тканевые формы.

В другой группе больных (39), госпитализированных в инфекционной больнице, у одного были обнаружены типичные эритрофаги и у одного тканевые формы E. histolytica без эритроцитов. Микроскопическая картина стула и клинические симптомы заболевания первого больного целиком укладывались в картину амебной дизентерии. Применение курса лечения ауреомицином по 2 г в сутки (в 4 приема) в течение 7 дней привело к быстрому излечению; через сутки у больного прекратились

тенезмы, боли в животе, стул принял полуоформленный характер. Через вое суток стул был уже оформленным и простейших в фекалиях не обнаруживали. Язвы в прямой кишке стали заживать, что было отмечено при ректороманоскопическом исследовании, сделанном на 5-й день лечения. У второго больного амебная дизентерия сочеталась с бактериальной дизентерией. После лечения сульфаниламидами и аминарсоном состояние этого больного улучшилось.

Просветные формы E. histolytica были обнаружены у 7 больных. Установление этиологической роли дизентерийной амебы для этой категории больных в Красноводске, так же как и в Небит-Даге, представляло особое затруднение ввиду наличия у большинства обследованных смешанной инфекции.

В Казанджике отрядом экспедиции была проведена лишь небольшая работа по обследованию здорового населения.

Подводя итоги этого раздела работы, можно сделать следующие выводы. В западных районах Туркменской ССР среди больных с острыми кишечными заболеваниями тканевая форма дизентерийной амебы обнаружена в Небит-Даге у 5,5% и в Красноводске у 2%. Почти у всех больных этой группы наблюдались типичные явления амебной дизентерии. У части больных отмечалось сочетанное заболевание амебной и бактериальной дизентерией. Клинические признаки амебной дизентерии в последнем случае проявлялись не столь характерно и установление окончательного диагноза представляло большие затруднения. Примерно у такого же количества больных (5—6%) обнаружены просветные формы дизентерийной амебы. Этиологическая роль этой амебы в кишечных заболеваниях больных является вероятной, но недоказанной.

Различия в частоте обнаружения тканевых форм E. histolytica в группах больных с кишечными расстройствами в разных городах северной и западной Туркмении (в Ташаузе — 8%, в Небит-Даге — 5,5% и в Красноводске — 2%) могут быть объяснены не только особенностями эпидемиологических условий обследованных пунктов и контингентов с точки зрения возможности распространения амебиаза, но и тем, что в местах, в которых проводилась работа экспедиций в 1951 и 1952 гг., было разное количество больных бактериальной дизентерией. Это обстоятельство не могло не оказать влияния на удельный вес амебной дизентерии в общем числе кишечных заболеваний.

Проведенные исследования дают основания считать преувеличенным распространенное ранее представление о том, что в Туркменской ССР до половины всех дизентерийных больных падает на долю амебиаза (Е. В. Водопьянова, 1948), но все же указывают на более высокий удельный вес заболеваний, вызванных дизентерийной амебой, по сравнению с северными и средними широтами СССР.

Значительные расхождения в частоте обнаружения кишечных трихомонад среди здорового взрослого населения северных и западных районов Туркмении—22,5% в Ташаузе против 7% в Небит-Даге—могут быть связаны с особенностями питания, характерными для населения обследованных районов Туркмении. На западе Туркмении местное население употребляет в основном мясную пищу. Овощи и фрукты завозят из других районов республики, и они составляют очень незначительное место в общем рационе питания. У большинства обследованных в этих районах испражнения имели оформленный характер, что и определяло редкие находки кишечных жгутиковых и в первую очередь трихомонад. На севере же Туркмении обилие растительной пищи в пищевом рационе населения определяло полуоформленный и даже жидкий характер стула большинства обследованных групп, а следовательно, и высокую частоту обнаружения кишечных жгутиковых.

Среди страдающих кишечными расстройствами в западных районах Туркмении отмечалась высокая частота обнаружения кишечных жгутиковых (Lamblia intestinalis—13—14%, Chilomastix mesnili—25% и Trichomonas hominis — 17,6—26%). Сравнение с результатами обследования здорового населения Ташауза показывает, что примерно в таком же числе можно обнаружить жгутиковых у здоровых лиц с учащенным стулом. Таким образом, нет оснований полагать, что в Небит-Даге указанные жгутиконосцы играли этиологическую роль у этих больных.

Каких-либо данных, свидетельствующих о самостоятельном патогенном значении кишечных жгутиковых, мы при изучении клинического материала ни в северных районах Туркмении, ни в западных не получили.

В целях предупреждения амебиаза предложен ряд мероприятий, из которых наиболее существенными являются: своевременное выявление больных амебной дизентерией, их госпитализация и обеспечение специфическими средствами для лечения амебной дизентерии (эметин, ятрен, аминарсон).

Основными в борьбе с амебиазом должны явиться широкие санитарно-гигиенические мероприятия. Необходимо усилить мероприятия по очистке городов и населенных пунктов обследованных районов Туркмении.

Выводы

1. На западе Туркменской ССР среди здорового населения обнаружены следующие виды кишечных простейших: у детей от 1 года до 3 лет Entamoeba histolytica—6%, Lamblia intestinalis—45%, Trichomonas hominis—25%; у школьников русской школы в возрасте до 14 лет—Entamoeba histolytica—27%, Lamblia intestinalis—31%, Trichomonas hominis — единичные; у школьников туркменской школы Entamoeba histolytica — 32%, Lamblia intestinalis—14%, T. hominis — 7%; у взрослых — Entamoeba histolytica — 21,3%, Lamblia intestinalis—9,5%, Trichomonas hominis — единичные.

2. Менее частое обнаружение трихомонад среди взрослого здорового населения западных районов Туркмении по сравнению с частотой обнаружения этих жгутиконосцев среди тех же контингентов населения севера Туркмении может быть поставлено в связь с рационом питания, обилием овощей и характером стула у обследованных групп.

3. Имевшиеся в литературе указания о том, что около половины острых кишечных заболеваний в Туркменской ССР имеют амебную этиологию, не были подтверждены материалами, собранными экспедициями в летне-осенний сезон 1951 и 1952 гг. В обследованных районах Туркмении заболевания амебной дизентерией составили лишь 2—8% по отношению ко всем кишечным заболеваниям инфекционной этиологии.

4. Данные, полученные нашими экспедициями, подтверждают и на этом материале ранее установленные факты:

а) количество лиц, страдающих кишечным амебиазом, составляет лишь весьма малую часть от числа лиц, у которых обнаруживается дизентерийная амеба;

б) обнаружение дизентерийной амебы у лиц, страдающих кишечными расстройствами, является доказательством заболевания амебной этиологии лишь в том случае, если амеба обнаружена в виде тканевой формы;

в) обнаружение просветных форм и цист E. histolytica при острых или подострых кишечных явлениях не является достаточным основанием для признания амебной этиологии заболевания.

5. Заболеваний, которые могли быть приписаны самостоятельной патогенной роли трихомонад и лямблий, среди обследованных групп населения Туркмении обнаружено не было.

К КЛИНИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ БАЛАНТИДИАЗОМ [1]

А. В. Березовая

Из клиники инфекционных болезней Кубанского медицинского института на базе 2-й инфекционной больницы (дир. клиники—проф. Г. С. Демьянов, главный врач—И. В. Баранов)

(Поступила 17/VI 1953 г.)

За время с 1949 по 1953 г. мы наблюдали 22 больных балантидиазом. Диагноз ставили на основании обнаружения балантидий в испражнениях.

Из анамнеза у всех больных был выявлен контакт со свиньями. Время контакта с животными совпадало с годом начала заболевания. 16 больных поступили в клинику зимой и весной, остальные летом и осенью.

Двое больных заболели в возрасте 32—35 лет, 8—в 44—45 лет, 12 — в возрасте свыше 60 лет.

У одного больного имелось сочетание инвазии Balantidium coli с инфекцией бактериями Григорьева-Шига. Двое больных имели тяжелое течение заболевания, 12 — средней тяжести, 7 — легкое, один больной скончался от рака желудка. У одного больного наступило осложнение кишечным кровотечением.

Больных можно разделить на две группы. У 8 больных первой группы имелся синдром энтероколита. Больные жаловались на периодические поносы на протяжении нескольких лет при числе позывов от 3 до 10 раз в сутки, стул без слизи и крови. Объективно имелась болезненность по ходу слепой и сигмовидной кишок; у 3 больных пальпировалась спастическая сигмовидная кишка.

У 14 больных второй группы преобладал синдром дизентерии. Из них у 11 имелось хроническое течение с периодическими рецидивами поносов, с наличием в стуле слизи и крови. 8 больных отмечали частоту стула до 15—20 раз в сутки, у остальных — умеренное число позывов. Больные жаловались на боли по ходу слепой и, реже, сигмовидной кишок, у 3 больных пальпировалась спастическая сигмовидная кишка. Печень увеличена у 9 больных.

15 больных поступили в клинику с пониженным и плохим питанием. Больные часто жаловались на плохой сон, повышенную возбудимость, раздражительность, быструю утомляемость.

Преобладание симптомов в одних случаях энтероколита, а в других инфузорной дизентерии зависит как от степени поражения слизистой кишечника инфузориями, так и от общего состояния организма, защитных сил и состояния нервнорегуляторных механизмов кишечника.

У 2 больных отмечена гипохромная анемия. Эозинофилии мы не наблюдали. У 4 больных имелся умеренный лейкоцитоз, у 5 была ускоренная РОЭ, у 4 больных отмечена в гемограмме нейтропения со сдвигом вправо. Наблюдались нарушения секреции желудочного сока в сторону ее понижения, как это отмечают Бреннер, Покровский, Капланская, Шуров; у 6 больных была полная ахилия. В стуле мы наблюдали, наряду со слизью и реже с кровью, вкрапления отдельных хлопьев белого цвета, напоминающих обрывки творожистой массы. Обнаруживались лейкоциты (до 20 и сплошь в поле зрения) и эритроциты. Экскременты издавали зловонный запах.

По клиническому течению инфузорную дизентерию почти невозможно отличить от дизентерии амебной. Окончательный диагноз устанавливается на основании нахождения инфузорий в испражнениях.

[1] Доложено 12/III 1952 г. на объединенной конференции клиники инфекционных болезней Кубанского медицинского института и врачей 2-й городской больницы.

Нами обращено внимание на характерные изменения слизистой кишечника (исследования ректоскопом), которые могут служить для постановки предварительного диагноза и играть роль в заострении внимания лечащего врача на этом заболевании еще до нахождения балантидий в испражнениях. Работа П. С. Чулкова «Ректороманоскопия» (1952) подтвердила правильность наших наблюдений.

При ректороманоскопии наблюдались довольно характерные очаговые изменения слизистой толстого кишечника.

Общий фон слизистой прямой и сигмовидной кишок обычно умеренно гиперемирован; иногда имелась только легкая гиперемия и между очагами поражений даже неизмененная слизистая. При осмотре ректоскопом отчетливо выделяются разбросанные по слизистой характерные наложения, напоминающие мелкозернистую творожистую массу. После подготовки больного одной клизмой накануне вечером или при осмотре без клизмы наложения сохранялись на слизистой в виде округлых белых плотных бляшек различной величины от 1×1 см и до $1^1/_2 \times 1^1/_2$ см. После нескольких клизм наложения размывались и края их имели неровные очертания, они как бы распластывались по поверхности слизистой. Такие наложения наблюдал П. С. Чулков, который, повидимому, производил осмотр после нескольких клизм, поэтому они ему представлялись с неровными краями. Мы же наблюдали наложения плотно сидящими над самой язвой, как бы исходящими из нее и в виде шапочки покрывающей язву. Иногда за ними не было видно язв. Округлые наложения оставались нетронутыми, особенно по верхним сводам расширенной ampulae recti, резко выделяясь своим видом на неизмененной слизистой. Изредка, при очень частом стуле или после нескольких клизм, наложения имели вид отдельных рыхлых творожистых вкраплений, которые отличались своей плотностью и белым цветом на комках тусклой слизи. Такие наложения чаще наблюдаются в первые дни заболевания.

При начале заживления язвы наложения встречаются реже, чаще имеется только слизь. При наших исследованиях цвет наложений имел стойкий характер, ни в одном случае мы не видели его изменения, наложения всегда имели вид белой творожистой массы. Такие наложения встречаются только при балантидиазе.

При патологическом осмотре на секционном столе цвет наложений изменяется, он может быть и желтым, и зеленоватым, так же как и дно язвы вместо темнокрасного может быть черным, как это описывает А. И. Абрикосов.

Форма язв тоже имела особенности. В большинстве ректороманоскопических исследований мы видели язвы, расположенные центрально на возвышенном округлом образовании — инфильтрате из набухшей воспалительной ткани. Сама язва небольшой величины, иногда точечная, имела вид кратерообразного вдавления, идущего в глубину этого возвышения. Края язвы неровные, зазубренные, как бы втянутые, дно темнокрасного цвета. Указывая на наличие щелевидных язв, П. С. Чулков ссылается на то, что ему не приходилось видеть язв с инфильтрированными приподнятыми краями. Мы, наоборот, встречали такие изменения многократно. Геморрагического пояска вокруг язвы, как это бывает при амебиазе, мы, так же как и П. С. Чулков, не наблюдали. Заживление язвы начинается с рассасывания этого инфильтрата, возвышающегося над слизистой, ввиду чего в последующих стадиях регенерации сама язва, сохраняющая кратерообразность, представляется расположенной на гладкой поверхности слизистой, и тогда она бывает щелевидной.

В стадии регенерации можно встретить самую разнообразную форму язв: точечную, щелевидную, неровную и т. д. К 10—12-му дню заболевания слизистая очищается от налетов и язвы начинают рубцеваться.

Довольно длительно сохраняются катарральные явления. Сроки регенерации слизистой при балантидиазном язвенном колите значительно больше, чем при бактериальной дизентерии, и затягиваются до 25—30 дней. При балантидиазе мы отмечали наибольшее количество поражений слизистой прямой кишки с убыванием процесса по направлению к сигмовидной кишке.

Описанные изменения вполне отличаются от геморрагий, поверхностных эрозий и язв при бактериальной дизентерии. До сих пор в литературе указывалось на полное тождество язв при амебиазе и балантидиазе. Наблюдаемые нами изменения действительно сходны с язвами при амебной дизентерии. Для амебной дизентерии тоже характерна очаговость поражений и язвы с инфильтрированными краями в виде губ (Бурова, Певзнер), не имеющие, однако, округлых возвышающихся контуров. Они неровной, разнообразной причудливой формы с подрытыми краями, с темным или выполненным сальным, гнойным налетом дном; по окружности краев язв имеется яркий геморрагический поясок. Налеты гноя, покрывающие эти язвы, бело-желтоватого цвета и никогда не имеют вида рыхлых, белых, крупинчатых, творожистых, округлых наложений, располагающихся над балантидиазной язвой.

Лечение акрихином 13 больных не оказало терапевтического действия, только иногда давая временное улучшение. С прекращением дачи акрихина у больных появлялся жидкий стул. Только у одного больного, леченного акрихином, не наступило рецидива. Лечение осарсолом 6 больных дало стойкое исчезновение жалоб на жидкий стул и боли в кишечнике, однако, у 3 больных лечение тоже оказалось безрезультатным. Лечение эметином давало быстрое улучшение состояния больных, но у одного больного наступил рецидив. Применялось также и комбинированное лечение акрихином, осарсолом, ятреном в соединении с инъекциями эметина и риваноловыми клизмами. Двое больных, леченных акрихином и осарсолом, поступили вновь в клинику с обострением [1].

Выводы

1. У большинства больных балантидиазом отмечалось длительное, изнуряющее, рецидивирующее течение заболевания, стойкое понижение питания, состояние анергии, нарушения со стороны нервной системы.

2. У 14 больных был синдром инфузорной дизентерии, у 8—энтероколита.

3. Нами выявлены изменения слизистой толстого кишечника при балантидиазе, отличающиеся от других протозойных поражений характерными наложениями над язвами, типичными кратерообразными язвами, располагающимися на инфильтрированном основании, очаговостью данных поражений.

4. Лечение акрихином, осарсолом и даже эметином не давало стойкого излечения, ибо в ряде случаев наблюдались повторные обострения болезни.

---

[1] Наиболее эффективным методом лечения балантидиаза в настоящее время считается назначение аминарсона внутрь в сочетании с клизмами из грамицидина (А. И. Балдина). Эффективен и биомицин. Ред.

ЗИМНЕЕ ПАРАЗИТИРОВАНИЕ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕЙ НА СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННЫХ ЖИВОТНЫХ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

В. И. Алифанов

Из Омской областной противотуляремийной станции (начальник станции О. В. Равдоникас)

(Поступила 29/VI 1953 г.)

Зимовка иксодовых клещей на сельскохозяйственных животных в Западной Сибири уже отмечалась в литературе. В течение зимы 1950—1951 гг. и 1951—1952 гг. во всех пяти ландшафтных подзонах Омской области на территории 21 района (86 населенных пунктов) нами произведены сборы иксодовых клещей (табл. 1).

Таблица 1

Зимнее паразитирование иксодовых клещей в Омской области

Ландшафтные подзоны	Месяц сбора	Количество сельскохозяйственных животных			Собрано иксодовых клещей	Интенсивность заклещевения на одного осмотренного животного		
		всего	число заклещевелых	процент		минимальная	максимальная	средняя
Урмано-болотная подзона тайги	Февраль—март	241	—	—	—	—	—	—
Переходная подзона вторичных осиново-березовых лесов	То же	890	6	0,6	8	0	2	0,002
Северная лесостепь	Январь—февраль—март	2 500	146	5,8	476	0	18	0,2
Южная лесостепь	Февраль—март—декабрь	1 779	176	9,9	443	0	20	0,2
Степная зона	То же	2 561	79	3,1	244	0	31	0,1
Итого . . .		7 971	407	5,1	1 171	0	31	0,14

Из табл. 1 видно, что иксодовые клещи паразитируют зимой по всей территории области, за исключением северной ее части. Паразитирование их наблюдается на крупном рогатом скоте, лошадях, овцах и собаках. На крупном рогатом скоте клещи встречаются чаще и в большем количестве, чем на других домашних животных. Процент заклещевения ниже, чем указанный в литературе для животных Алтайского края (30—100%) и Кемеровской области (68,7—97,2%), средняя интенсивность заклещевения также ниже, чем в указанных областях (1,2—9 и 1,2—15,8).

Клещи локализуются зимой у крупного рогатого скота в области подгрудка, у лошадей — в области груди.

Добытые зимой 1951 г. в скирдах хлеба, стогах сена и в норах 606 грызунов (водяные крысы, узкочерепные полевки, мыши-малютки, лесные мыши, полевые мыши и т. п.) не имели клещей. Норы также не содержали клещей.

Из табл. 2 видно, что Ixodes persulcatus P. Sch. и Ixodes apronophorus P. Sch. в зимних сборах не встречаются и, возможно, вообще на сельскохозяйственных животных не зимуют. В зимних сборах преобладает D. marginatus Sulz. (73%), который в весенне-летне-осенних сборах в целом по области составляет лишь 21,18%. Особенно это видно при сборах клещей по северной лесостепи, которая не является районом массового размножения данного вида.

В весенне-летне-осенний период собрано 76,51% D. pictus и 23,49% D. marginatus, а в зимний период — 55,4% D. pictus и 44,6% D. marginatus.

Таблица 2

Видовой состав иксодовых клещей, зимующих на сельскохозяйственных животных

Виды иксодовых клещей	Собрано клещей				
	напившихся	голодных	♂	всего	процент
Dermacentor pictus Herm.	4	—	312	316	27
Dermacentor marginatus Sulz	4	2	849	855	73
Итого	8	2	1 161	1 171	100

Самцы составляют 99,1% от общего зимнего сбора клещей. Напившиеся и полунапившиеся самки обнаруживаются на животных как в декабре (6), так и в феврале (2), т. е. самки могут сосать кровь в разное время зимы.

К ВОПРОСУ О ФАУНЕ IXODIDAE В СВЯЗИ С КЛЕЩЕВЫМ ВЕСЕННЕ-ЛЕТНИМ ЭНЦЕФАЛИТОМ В ЗАПАДНОЙ СИБИРИ

И. А. Тарабухин с участием *В. П. Беззубовой*

Из противоэпидемического управления Министерства здравоохранения РСФСР и Новосибирской областной противомалярийной станции

Реферат

Как часть исследований, посвященных изучению клещевого энцефалита в Западной Сибири, в настоящей работе представлены сведения о распространении некоторых иксодид в этой области и отдельные биологические наблюдения над ними, проведенные авторами в 1948 г. Указано распределение клещей по ландшафтно-климатическим зонам Западной Сибири, описанным ранее И. А. Тарабухиным[1]: горной, степной, лесостепной, лесной, лесотундры и тундры.

Переносчик клещевого энцефалита I. persulcatus отмечен в горной и лесной зоне, I. apronopharus — в лесной зоне, представители рода Dermacentor — преимущественно в степной и лесостепной зоне, но также и в горной и лесной. Представители рода Haemaphysalis найдены в траве и на коровах в сосновом бору в Кузедеевском районе Горной Шории. В лесотундре и тундре клещей не отмечено. I. persulcatus является обитателем таежных и болотистых мест, но в юго-восточных районах области встречается в лиственных и хвойных лесах. И на севере, и на юге Западной Сибири весенняя активность I. persulcatus проявляется примерно в одно и то же время: первые перезимовавшие особи регистрируются между 28.IV и 5.V, массового количества они достигают в середине мая; в конце этого месяца и в июне отмечается сильное заклещевение скота. Первые личинки найдены при кошении 5 июня, нимфы—15 июня. Самка откладывает до 5 000 яиц. Личинка способна голодать до 2 лет, нимфа — до 3 лет, взрослые — до 6 месяцев. I. persulcatus в большом количестве встречается на коровах и лошадях, реже на собаках и еще реже на человеке. Клещей можно было часто обнаружить также во время кошения сачком, флажком Нуталля, на лесной подстилке и в меньшей степени на кустарниковой растительности

Клещи рода Dermacentor в свойственных им зонах связаны с наличием древесной или кустарниковой растительности; в открытой степи встречаются реже. Самки в лаборатории могут отложить от 1 600 до 4 700 яиц. Перезимовавшие появились весной 5 мая.

[1] Медицинская паразитология и паразитарные болезни, т. XIV, 1946, в. 6.

ИКСОДОВЫЕ КЛЕЩИ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

В. И. Алифанов, Г. И. Нецкий

Из паразитологической лаборатории Омского института эпидемиологии, микробиологии и гигиены (дир. института Г. В. Корнилова) и Омской областной противотуляремийной станции (начальник станции О. В. Равдоникас)

(Поступила 4/VIII 1953 г.)

Изучение фауны и географии иксодовых клещей в Омской области представляет большой практический интерес с точки зрения распространения ряда инфекций, передаваемых иксодовыми клещами: туляремии, омской геморрагической лихорадки, клещевого энцефалита, а также пироплазмоза. В южных лесостепных районах Омской области нельзя исключить вероятность наличия природных очагов клещевого риккетсиоза. В связи с этим мы поставили задачу путем систематических массовых сборов выяснить видовой состав и распространение отдельных видов во всех ландшафтных зонах, поскольку до этого массовые сборы иксодовых клещей проводились неравномерно.

Работа проводилась нами в период 1948—1952 гг. во всех 5 ландшафтных подзонах области, на территории 156 населенных пунктов в 28 районах. Сбор клещей проводили с сельскохозяйственных животных, с грызунов, волокушей с поверхности земли и с человека. Всего было осмотрено 11 356 голов животных, в том числе 10 592 головы крупного рогатого скота. Обнаружено 3 341 (31,54%) заклещевелое животное. Средняя интенсивность заклещевения на одну осмотренную голову крупного рогатого скота составляет 2,4.

Видовой состав иксодовых клещей области показан в табл. 1.

Таблица 1

Видовой состав иксодовых клещей по сборам 1948—1952 гг.

Виды иксодовых клещей	Число
Dermacentor pictus Herm.	18 845
Dermacentor marginatus Sulz	7 557
Ixodes persulcatus P. Sch.	872
Ixodes apronophorus P. Sch.	74
Ixodes sp. L и N	313
Dermacentor sp. L и N	142
Итого . . .	27 303

Вопрос о присутствии Dermacentor silvarum Olen. остается открытым, поскольку в ряде южных лесостепных районов области найдены иксодовые клещи, имеющие одновременно определенные морфологические признаки, и D. marginatus Sulz. и D. silvarum Olen.

Большое практическое значение имеет изучение распределения различных видов иксодовых клещей по ландшафтным подзонам области (табл. 2).

Таблица 2

Зональное распределение иксодовых клещей на территории области (в процентах)

Ландшафтные подзоны области	Ixodes persulcatus	Ixodes apronophor.	Dermacentor pictus	Dermacentor marginatus
Урмано-болотная подзона тайги	98,3	—	1,7	—
Переходная подзона вторичных осиново-березовых лесов . .	2,9	1,3	95,8	—
Северная лесостепь .	0,02	—	76,7	23,3
Южная лесостепь . .	—	—	16,2	83,8
Степная зона	—	—	2,4	97,6

Данные табл. 2 показывают, что присутствие того или иного вида характерно для определенных ландшафтно-климатических условий. В более влажном и прохладном климате урмано-болотной подзоны тайги преобладает Ixodes persulcatus P. Sch.— 98,3%, хотя единичные экземпляры его были обнаружены к югу, в северной лесостепи на 55°51′ северной широты. D. pictus Herm. преобладает в переходной подзоне вторичных осиново-березовых лесов (95,8%) и северной лесостепи (76,7%), но по поймам рек заходит далеко на север области в урмано-болотную подзону тайги до 57°27′ северной широты, не достигая здесь, однако, значительной численности (1,7%), и на юг спускается в степную зону. В южной части северной лесостепи, начиная с 55°45′ северной широты, появляется Dermacentor marginatus Sulz., численность которого нарастает к югу, и в степной зоне этот вид является уже преобладающим (97,6%). Распространение Ixodes apronophorus P. Sch. определяется не только условиями температуры и влажности, но и связью этого вида с грызунами. Северные пункты его обнаружения проходят по 57°03′ северной широты и южная граница его распространения отмечена на 56°18′ северной широты.

ЛИТЕРАТУРА

Федюшин А. В., в кн.: Сборник научных работ Омского научно-исследовательского ветеринарного института, Омск, 1944, в. 2, стр. 3—136. — Он же, В кн.: Труды Омского сельскохозяйственного института, Омск, 1940, т. XIX, стр. 61—72. — Федюшин А. В., Нецкий Г. И., в кн.: Труды Омского медицинского института, Омск, 1948, Сб. XIII, стр. 59—80.

КЛЕЩИ ORNITHODORUS[1] СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ И ИХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

А. С. Суботник при участии *Н. Д. Чеботаревича, И. Г. Яковлева* и *Т. И. Пучковой*

(Поступила 21/IX 1951 г.)

Реферат

Клещи Alectorobius asperus verrucosus найдены авторами в ряде пунктов на территории Ставропольского края (у сел Кабулет и Шведино Петровского района, у села Московского Изобильненского района, у села Труновского Труновского района, на восток и запад от села Благодарное, близ фермы Казгулакского мясосовхоза в Туркменском районе) и близ ряда пунктов Черкесской автономной области (аулы Эркен Юрт, Хабез, хутор Чапаев).

Клещи обнаружены в долговечных норах — нишах по склонам увалов и вдоль берега реки. Число клещей в норе колебалось от единиц до 100 и более. Заселенные клещами территории относились к миоцену или к нижнему отделу меловой системы. В заселенных клещами областях количество годовых осадков варьировало от 359 до 650 мм, относительная влажность воздуха в июне — сентябре колебалась в 7 часов от 70 до 84%, в 13 часов — от 40 до 58%, в 21 час — от 60 до 80%. На сухой полупустынной низменной равнине (с 250—350 мм годовых осадков) в пределах Караногайского района Грозненской области клещи Alectorobius asperus не были найдены, так же как и в условиях высокой влажности на Черноморском побережье Северного Кавказа.

Клещи из ряда районов оказались спонтанно зараженными спирохетами. Ряд клещевых очагов расположен таким образом, что допускает контакт с ними человека. На территории Ставропольского края регистрируются спорадические случаи заболевания человека клещевым возвратным тифом.

Авторами описывается случай массовой вспышки заболевания среди рабочих огородной бригады: за 2 недели заболело 10 из 14 рабочих бригады. Бригада работала у подножья горы, на склоне которой были многочисленные норы с клещами. Рабочие, очевидно, были покусаны клещами во время дневного отдыха на земле или при пастьбе волов на склоне горы. В сторожке у огорода клещи найдены не были.

Таким образом, в условиях Кавказа могут встречаться массовые заболевания клещевым возвратным тифом от природных очагов клещей-переносчиков.

---

[1] Автор неправильно называет описываемых клещей Ornithodorus verrucosus; их следует называть Alectorobius asperus verrucosus.

МАТЕРИАЛЫ ПО ЭНДЕМИЧЕСКОМУ (КЛЕЩЕВОМУ) ВОЗВРАТНОМУ ТИФУ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

Н. Д. Чеботаревич

Сообщение 2-е

(Поступила 23/V 1952 г.)

Реферат

В Ставропольском крае известно к настоящему моменту уже 15 очагов клещей-переносчиков клещевого возвратного тифа Alectorobius asperus verrucosus[1]. Очаги расположены по лишенным растительности склонам речных долин, оврагов и холмов Ставропольской возвышенности. Клещи обитают в норах между слоями песчаника и под камнями. Два экземпляра были найдены вместе с куриным клещом Argas persicus в щелях балок надворной постройки, где ночевали куры.

Клещи нападают на человека и днем и могут вызывать групповые вспышки заболевания среди соприкасающихся с ними контингентов людей (например, переболевание всех членов одной огородной бригады во время ее двухмесячной работы вблизи нор, заселенных клещами). Автор указывает на необходимость выявления очагов клещей и недопущения соприкосновения с ними коллективов людей; в частности, это должно быть учтено при строительстве второй очереди Кубань-Егорлыкской оросительной системы и при ее эксплуатации. В качестве мер борьбы с клещами рекомендуется испытать облесение склонов оврагов, которое, по мнению автора, быть может, создает непригодные для обитания клещей условия в норах.

Клещ инфицируется не при каждом питании кровью, содержащей спирохет. По данным автора, клещ заражается: 1) если стенки его кишечника растягиваются кровью до предела; 2) если эти стенки искусственно повреждены (проколом); 3) если линька наступила в период, когда в кишечнике клеща еще были спирохеты; 4) при питании на клеще другого клеща, который при этом прокалывает стенку его кишечника.

Вши и клопы могут заражаться спирохетами клещевого возвратного тифа и сохранять их в себе.

У испытывавшихся животных северо-кавказский клещевой спирохетоз протекал обычно легко. Спирохетемия была наиболее выражена у морских свинок; у серых мышей и собак спирохеты обнаруживаются редко, только кровь их долго сохраняла заразительность. Однако два щенка, на которых кормились 3 и 5 зараженных клещей, болели тяжело. У них было большое число спирохет в крови. Один из щенков погиб.

Наблюдавшиеся автором случаи заболевания клещевым возвратным тифом у человека протекали легко. Лечебный эффект иногда давало однократное введение новосальварсана в первые часы рецидива. Кожная реакция на укус клеща далеко не всегда бывает типичной.

Автор на основании литературных данных и собственных исследований приходит к выводу, что спирохета — возбудитель северо-кавказского клещевого возвратного тифа (Spirochaeta caucasica Kandelakii, 1928) по патогенности для человека, морской свинки, мыши и собаки сходна со среднеазиатской (Sp. Sogdiana Nicoll et Anderson. 1928) и средиземноморской (Sp. hispanica de Buen, 1926), причем две первые спирохеты одинаково хорошо культивируются на среде Р. Р. Гельтцера.

Прослежено, что у морских свинок заболевание длится долгое время. Автор различает у них периоды генерализованной инфекции, длящейся 4—6 недель, и локализованной инфекции (сохранение спирохет в мозгу). Локализованный период может длиться несколько месяцев и давать рецидивы поступления спирохет в кровь. Такие рецидивы наблюдаются и другими авторами при клещевом, а также при эндемическом (вшивом) возвратном тифе и при сифилисе.

Существование рецидивов спирохетемии не позволяет считать инфекцию законченной с прекращением клинических приступов и с исчезновением спирохет из крови, а также трактовать период локализованной инфекции как закончившийся в эпидемиологическом отношении процесс паразитоносительства. Выявление закономерностей периода локализованной инфекции является непременным условием научного понимания течения спирохетозов и рациональной их терапии.

[1] Автор неправильно называет их «Ornithodorus verrucosus». Ред.

П. А. Петрищева, **Полевые методы изучения москитов и противомоскитные мероприятия**, М., Медгиз, 1954, 186 стр.

За последние годы перед органами здравоохранения СССР стоят большие задачи по ликвидации инфекционных заболеваний в нашей стране. В общий план противоэпидемических мероприятий включаются и мероприятия по борьбе с заболеваниями, передаваемыми москитами. Основным способом борьбы с этими заболеваниями является уничтожение переносчиков возбудителей этих заболеваний — москитов. Для достижения хороших результатов в борьбе с переносчиками главным условием является всестороннее знание их биологии. Только при этих условиях можно правильно наметить план борьбы с москитами.

В связи с огромной работой по освоению новых территорий, особенно пустынь и полупустынь, где имеет место природная очаговость заболеваний, передаваемых москитами, перед органами здравоохранения стоят большие задачи по предупреждению возникновения там заболеваний. В плане проведения профилактических мероприятий противомоскитные мероприятия должны занять одно из первых мест. В эту работу включается масса новых практических работников, которые еще не знакомы с биологией переносчиков, а тем более с мероприятиями по борьбе с ними.

Выход в свет работы П. А. Петрищевой «Полевые методы изучения москитов и противомоскитные мероприятия», является весьма своевременным. Книга эта будет весьма полезна для всех, кто занимается изучением москитов, а также и других членистоногих, заселяющих природные биотопы. Автор книги имеет огромный опыт по изучению кровососущих членистоногих в природных стациях и почти весь материал, изложенный в книге, является итогом многолетних работ самого автора. Все данные, которыми мы располагаем о москитах и других кровососущих членистоногих, обитателях знойных пустынь и гор Средней Азии, получены неутомимым исследователем П. А. Петрищевой.

Книга написана очень ясно, четко, не забыты все мельчайшие детали в наставлениях к полевым исследованиям и она будет доступна для практических работников, а также интересна и полезна для исследователей, работающих в этой области.

Книга состоит из 5 глав, хорошо иллюстрирована рисунками. Каких-либо существенных недостатков в этой книге нет и можно отметить только некоторые небольшие неточности в изложении.

В главе I «О вредоносном значении москитов» затрагивается очень интересный вопрос, который до сих пор не был разрешен. Это вопрос о природных носителях вируса лихорадки паппатачи. Автор пишет: «По эпидемиологическим показателям можно считать, что к циркуляции вируса москитной лихорадки в природе могут быть причастны: из млекопитающих животных — песчанки, незокии, ежи; из птиц — горленка, сизоворонка, зеленая и золотистая щурки, бактрийский сыч; рептилии, заселяющие норы грызунов». К сожалению, автор не объясняет, на основании каких конкретных данных можно считать перечисленных животных носителями вируса лихорадки паппатачи. О природной очаговости москитной лихорадки говорится как о неоспоримом факте, но никаких конкретных доказательств не приводится и здесь совершенно нет той ясности, какая имеется в вопросе о природной очаговости, например, кожного лейшманиоза. Трудно понять фразу: «При дальнейших исследованиях может оказаться, что в Каракумах не будет природных очагов москитной лихорадки». Этот раздел работы изложен не совсем ясно. Не вполне доказанным является вывод, сделанный автором, что кроме Ph. papatasii переносчиками возбудителя лихорадки паппатачи могут быть Ph. sergenti, Ph. sergenti var. alexandri, Ph. caucasicus, Ph. minutus var. arpaklensis, Ph. chinensis и др. Всюду зона распространения москитной лихорадки связана с наличием Ph. papatasii. Экспериментальных доказательств о способности переносить возбудителя москитной лихорадки ни для одного вида москитов, кроме Ph. papatasii, также нет.

В главе II «Краткое описание строения москитов» имеется одна маленькая неточность, вероятно, описка: о форме кисточки на первом членике верхних щипцов гипопигия самцов Ph. sergenti, сказано: «Еще на более коротком и слабо выраженном бугорке (чем у Ph. sergenti var. alexandri—*А. Д.*) находится кисточка с небольшим пучком волосков у Ph. sergenti var. mongolensis»; на самом деле самый маленький бугорок кисточки имеется у Ph. sergenti var. alexandri, а не у Ph. sergenti var. mongolensis.

Очень хорошо, что в книге дана определительная таблица. Это значительно облегчит начинающим работникам разобраться в определении видов москитов. К сожалению, в эту таблицу не вошли некоторые из часто встречающихся видов, например, Ph. smirnovi и Ph. keshishiani, а в таблице определения по самкам, кроме двух указанных видов, еще нет Ph. perniciosus var tobbi и Ph. minutus var. arpaklensis.

В главе III «Полевые методы изучения москитов» дано много практических советов. Эта глава очень хорошо изложена и иллюстрирована. К недостаткам можно отнести только некоторые повторения.

Рисунок 39 — Кишечник самки москита с лептомонадами (оригинал Шошиной) дает совершенно ложное представление о кишечнике, который изображен анатомически неверно и непонятно.

В отношении борьбы с москитами автор считает основным и ведущим мероприятием борьбу с москитами в местах их выплода. «В группе основных противомоскитных мероприятий первое место должно занять уничтожение мест выплода москитов. Недопущение размножения москитов достигается такими простыми мерами, как замазывание, заделка, засыпка нор и трещин в доме, в надворных постройках, что доступно каждому взрослому члену семьи». Несомненно, что в природных условиях, где места выплода москитов концентрируются в норах грызунов, уничтожение их дает хороший эффект. Примером этого является опыт уничтожения очага кожного лейшманиоза проф. Латышевым путем затравки нор хлорпикрином вокруг населенного пункта. Однако метод уничтожения москитов только в местах их выплода в условиях города до сих пор еще никем не был испытан с практическим успехом, хотя бы отдаленно приближающимся к тем результатам, которые мы получаем путем обработки инсектицидами. Таким образом, впредь до получения более положительных результатов от борьбы с предимагинальными стадиями, основным методом борьбы с москитами в городе является обработка усадеб контактными инсектицидами. В книге практический работник найдет описание тех и других методов борьбы с москитами и в зависимости от условий сам может ориентироваться, какие меры борьбы применять.

В целом труд П. А. Петрищевой будет настольной книгой для работающих в этой области.

А. В. Долматова

Редакция журнала «Медицинская паразитология и паразитарные болезни», придавая огромное значение санитарному просвещению населения, обращается ко всем читателям с просьбой направлять в редакцию следующие материалы:

1) информации об организации санитарно-просветительной работы на местах;

2) рецензии на выходящую из печати популярную литературу по вопросам паразитологии;

3) брошюры, листовки, плакаты, оттиски статей по санитарному просвещению;

4) статьи по вопросам методики санитарно-просветительной пропаганды.

ВСЕСОЮЗНОЕ СОВЕЩАНИЕ ПО БОРЬБЕ С МАЛЯРИЕЙ И ГЕЛЬМИНТОЗАМИ

2—4/IV 1954 г. в Москве состоялось совещание директоров институтов малярии и медицинской паразитологии совместно с начальниками отделов паразитарных заболеваний министерств здравоохранения союзных республик, железнодорожного и водного транспорта, а также заведующих крупными противомалярийными станциями. На совещании также присутствовали научные работники и практические работники противомалярийных учреждений.

Были заслушаны следующие доклады:

1. Итоги борьбы с малярией, гельминтозами и другими паразитарными болезнями в СССР и РСФСР и план на 1954 г.

Докладчики — начальники отделов по борьбе с паразитарными заболеваниями Министерства здравоохранения СССР М. А. Буслаев [1] и Министерства здравоохранения РСФСР А. С. Ковтун.

2. План ликвидации малярии. Доклады директоров институтов малярии и медицинской паразитологии.

По докладам развернулись оживленные прения.

Д. А. Чхолария отметил, что в Грузинской ССР в целом еще не ликвидирована малярия как массовое заболевание. Эту задачу выполнили 27 районов республики. Тропическая малярия по Грузии снизилась на 69,5% (без Абхазии, где наблюдался рост этой формы малярии). В 1953 г. значительно осложнило работу сокращение числа бонификаторов. Затруднял работу и недостаток транспорта у противомалярийной сети, а также недостаток бигумаля и бигумаля с плазмоцидом.

По сообщению Руднева, в Ставропольском крае в 1953 г. зарегистрировано всего 133 больных малярией, и полная ликвидация малярии намечается в ближайшие 2 года. В крае широко проводится санитарно-просветительная работа. Развернута значительная работа по выявлению пораженности населения края глистными инвазиями и осуществляется массовая дегельминтизация.

А. И. Якушева указала, что в 1953 г. вновь достигнуты значительные успехи в снижении малярии, но положение с заболеваемостью довольно пестрое. Имеются районы и целые области, стоящие на пути к полной ликвидации малярии, в то же время другие районы еще далеки от ликвидации малярии как массового заболевания. Особое значение в связи с этим приобретает завоз малярии из местностей с еще высокой заболеваемостью в районы, где ликвидирована или резко уменьшено количество больных малярией. Это в особенности касается городов, из которых население выезжает в сельскохозяйственные районы. Там часть его заражается малярией и завозит эту инфекцию в город. Необходимо в этих случаях составлять совместные планы по городу и районам по предупреждению заражения малярией городских жителей вне мест постоянного их жительства.

Большую тревогу вызывает положение с противомалярийной сетью. Во многих областях противомалярийные станции сокращаются, сливаются с санитарно-эпидемиологическими станциями, работников переводят на другую работу, помещения передают другим учреждениям. Никто эту сеть не снабжает ни транспортом, ни аппаратурой, ни микроскопами. В этом в значительной степени повинно Министерство здравоохранения СССР, которое в течение 2 лет не издало ни одного приказа по борьбе с малярией и гельминтозами, не заслушало доклада ни одного министра здравоохранения в отношении борьбы с паразитарными заболеваниями, не призвало к порядку тех администраторов, которые в результате достигнутых успехов по снижению заболеваемости малярией ставили вопрос о ликвидации противомалярийной сети. Задачи, возложенные на противомалярийную сеть, расширяются, а сама сеть сокращается. Необходимо поставить вопрос перед правительством и добиться решения о запрещении сокращения, а также слияния противомалярийных учреждений.

Л. И. Прокопенко подняла также вопрос о высоком удельном весе завозной малярии в местах, добившихся ее резкого снижения. Это требует усиления работы по обследованию на малярию приезжающих лиц и обязательную информацию из пунктов, где произошло заражение.

Узким местом в работе по борьбе с малярией является отсутствие транспорта и аппаратуры.

---

[1] Доклад М. А. Буслаева и А. С. Ковтун печатается в этом номере.

Проф. В. П. Подъяпольская отметила, что борьбу за снижение заболеваемости малярией следует начинать с наиболее пораженных пунктов, чтобы резко уменьшить источник инфекции, тогда и завоз малярии из них в благополучные места будет меньше.

Необходимо усилить мероприятия по борьбе с тениаринхозом, предупредить завоз этого заболевания на целинные земли. Вопрос о противоглистных медикаментах до сих пор не разрешен и, в частности, в отношении хеноподиевого масла, хотя для его изготовления имеются все возможности.

Слияние противомалярийной станции с санитарно-эпидемиологической станцией В. П. Подъяпольская считает недопустимым, так как эти станции имеют очень большие задачи: а) еще не осуществлена полная ликвидация малярии; б) только что начата работа по борьбе с гельминтозами; в) что касается мероприятий в отношении других паразитарных заболеваний, то к их проведению только что приступают.

Проф. В. Н. Беклемишев указал, что хотя в Азербайджанской ССР еще относительно много больных малярией, но эпидемиологическая обстановка там резко улучшается. Мингечаургэсстрой регулирует режим Куры, ранее игравшей большую роль в заболачивании территории. В Ленкоранской низменности вместо риса вводится разведение чая, в долинах рек Карабахского нагорья вместо риса — хлопок. Все это позволит вместе с усилением противомалярийных мероприятий добиться хорошего оздоровительного эффекта.

В настоящее время медикаменты для лечения больных малярией имеются в достаточном количестве. Имеются также эффективные средства по борьбе с комарами — ДДТ и гексахлоран. Получению лучшего эффекта в борьбе с малярией мешают организационные неполадки. Их надо устранить.

М. А. Мельникова, высказавшаяся против слияния противомалярийной сети с санитарно-эпидемиологическими станциями, привела пример Рязанской области, где 6 лет назад все противомалярийные пункты вошли в состав этих станций. В настоящее время главные врачи санитарно-эпидемиологических станций переключили их на работу по борьбе с кишечными заболеваниями, т. е. по существу они ликвидированы.

По сообщению проф. Л. М. Исаева, 46% всей заболеваемости малярией в Узбекской ССР в 1953 г. было сосредоточено в Кашка-Дарьинской и Сурхан-Дарьинской областях. Причин такого положения несколько: отсутствие дифференцированного подхода к борьбе с малярией в разных условиях, а также слабость общемедицинской и противомалярийной сети. Следует отметить, что Министерство здравоохранения СССР выделяет Узбекской ССР недостаточное количество ДДТ.

В целях обеспечения наиболее быстрого выявления больных и обработки очагов целесообразно создавать подвижные бригады, но отсутствие транспорта и аппаратуры не позволяет развернуть эту работу своевременно и в полном объеме.

Г. А. Правиков поднял вопрос о необходимости сформулировать систему мероприятий по борьбе с гельминтозами, лейшманиозом и другими паразитарными заболеваниями, чтобы противомалярийные учреждения ясно представляли свою работу в этом направлении.

Проф. П. Г. Сергиев считает необходимым в ближайшее время переименовать противомалярийные станции в паразитологические и сформулировать четко их задачи. На курсах усовершенствования следует вместо цикла врачей-малариологов проводить подготовку врачей-паразитологов. П. Г. Сергиев поддержал предложение Г. А. Правикова о необходимости сформулировать систему мероприятий по борьбе с паразитарными болезнями. В задачи, поставленные перед противомалярийной организацией по ликвидации малярии, кожного лейшманиоза и лихорадки паппатачи, тениидозов, он считает нужным включить и ликвидацию анкилостомоза.

Проф. П. Г. Сергиев предложил просить министра здравоохранения СССР М. Д. Ковригину принять делегацию от совещания директоров институтов с тем, чтобы поставить перед ней ряд актуальных вопросов: о переименовании станций, о ликвидации малярии, о борьбе с гельминтозами и другими паразитарными заболеваниями, о медикаментах для лечения больных гельминтозами, о подготовке помощников энтомологов и др.

Это предложение вызвало одобрение всего совещания.

Совещание заслушало и обсудило доклады директоров институтов «О плане ликвидации малярии».

Доцент С. Н. Покровский дал анализ заболеваемости малярией по 31 автономной республике, краям и областям, а также осветил особенности эпидемиологии малярии в разных ландшафтных зонах РСФСР. Потребуется полгода — год для детального изучения положения с заболеваемостью малярией в каждой области, после чего можно будет наметить сроки ее ликвидации.

На Украине в 1953 г. заболеваемость малярией снизилась на 60% по сравнению с 1952 г., о чем доложил И. А. Демченко. Малярия регистрировалась в 41,5% районов республики, а 58,5% районов и 98,2% населенных пунктов было свободно от нее. Положение с заболеваемостью малярией учтено по каждому району, по каждому населенному пункту.

Помимо лечебно-профилактических мероприятий, диспансерного обслуживания больных, в большинстве случаев планируется очаговая обработка ДДТ. Там, где имеется

миграция населения, предусматривается барьерная и сплошная обработка населенных пунктов препаратами ДДТ. На строительстве гидротехнических сооружений обработку препаратами ДДТ предполагается проводить внутри и снаружи помещений.

Проф. М. Р. Назиров указал, что в деле ликвидации малярии Азербайджанская ССР стоит на последнем месте. Все мероприятия по борьбе с малярией в основном проводились в Кура-Араксинской низменности, а горные и предгорные районы считались свободными от малярии. Оказалось, что это неверно. Борьба с резервуаром вируса проводилась недостаточно, и диспансерный метод обслуживания больных малярией нигде не осуществлялся. Недостаточен уровень подготовки по паразитарным заболеваниям врачей общемедицинской сети. Отсутствует контроль за работой по борьбе с малярией, проводимой медицинской сетью. Плохо работает Институт малярии и медицинской паразитологии Министерства здравоохранения Азербайджанской ССР как научно-методический центр. Из 9 должностей научных сотрудников укомплектовано только 2,5.

Разработка плана ликвидации малярии должна включать разрешение ряда вопросов: 1. Укомплектование лечебных учреждений на селе врачами за счет районных центров, где обычно работает 15—20 врачей, а 30 000 населения района обслуживают 2—3 врача. 2. Обеспечение транспортом сельских больниц, так как больница обслуживает 10—15 населенных пунктов в радиусе 10—20 км. 3. Разрешение вопроса по применению ДДТ в местах разведения шелководства, в пунктах, где много природных дневок. 4. Пересмотр дислокации лечебно-профилактических учреждений с целью приближения их к сельскому населению. Развертывание лаборатории во врачебных участках.

Г. А. Правиков сообщил, что в Туркменской ССР было созвано совещание заведующих областными противомалярийными станциями, на котором даны установки к составлению планов по ликвидации малярии. Он указал, что к 1957 г. вполне возможна полная ликвидация малярии в республике. В разных областях мероприятия следует проводить диференцированно. В Чарджоусской и Марыйской области основными мероприятиями являются диспансеризация больных малярией и обработка очагов препаратами ДДТ, выявление приезжих, гамбузирование водоемов. В Ашхабадской области ведущими методами борьбы с малярией будут, во-первых, проведение мелких гидротехнических работ, регулирование стока родников и, во-вторых, выявление и лечение больных. В Ташаузской области главное внимание следует обратить на диспансеризацию больных, очаговую обработку. Если сократить количество A. superpictus и A. pulcherrimus, то заболеваемость малярией будет быстро ликвидирована.

Проф. Л. М. Исаев сообщил, что пока плана ликвидации малярии по Узбекской ССР нет, а имеются только материалы для составления такого плана, так как необходимо знать заболеваемость малярией по каждому населенному пункту. В значительном количестве населенных пунктов республики уже не имеется малярии. Менее благополучно положение в Ферганской, Кашка-Дарьинской и Сурхан-Дарьинской областях.

Основным направлением в работе по ликвидации малярии должно явиться выключение переносчика, выявление больных и их диспансеризация, обработка очагов. В настоящее время составляется эпидемиологическая характеристика каждого населенного пункта и план ликвидации малярии в нем.

Г. М. Маруашвили представил данные о сроках ликвидации малярии в каждом районе Грузии. Он указал, что для более оперативной работы по руководству ликвидацией малярии в районах необходимо в противомалярийных станциях иметь автомашины ГАЗ—69.

С. Л. Альф отметила, что для составления плана ликвидации малярии по Таджикской ССР следует изучить положение с заболеваемостью малярией, условия для ее распространения и возможность быстрого снижения. Институтом составлены и разосланы на места указания по этому поводу. Составлены планы ликвидации малярии по 5 районам республики.

По сообщению А. Т. Цатурян, в 702 населенных пунктах Армянской ССР в 1953 г. не было зарегистрировано заболеваний малярией. План ликвидации малярии составлен по населенным пунктам институтом совместно с заведующими противомалярийными станциями. В 17 районах горной и предгорной полосы ликвидация малярии намечается в 1956 г., а по всей республике—в 1960 г., так как только к этому году в наиболее пораженных районах предполагается закончить гидротехнические работы. В пограничных районах работу следует проводить все время. Ведущими мероприятиями являются диспансерное обслуживание больных малярией, сплошная, барьерная и очаговая обработка препаратами ДДТ.

М. Г. Рашина отметила, что хотя вопрос о ликвидации малярии директорами институтов обсуждался несколько раз, но и на этом совещании были представлены положения, анализ заболеваемости и т. д., но не планы. В приказе Министерства здравоохранения СССР имеются указания о составлении планов ликвидации малярии.

В Азербайджанской ССР следует только еще ставить вопрос о ликвидации малярии как массового заболевания. По Узбекской ССР не разработаны планы ликвидации тропической малярии, а в Сурхан-Дарьинской области еще много этой формы малярии. Нельзя отрывать планы от требований на кадры и материальное оснащение.

Проф. В. П. Подъяпольская предложила продумать план расстановки кадров. Серьезное внимание надо обратить на подготовку кадров, особенно в Азербайджанской

и Таджикской ССР. Для выявления больных малярией следует шире привлекать население. Работу противомалярийных станций в новых условиях нужно больше освещать в газетах, журналах.

Я. С. Конь поднял вопрос о необходимости увязки плана ликвидации малярии между территориальными и железнодорожными организациями, что не везде осуществляется. ДДТ следует иногда применять даже там, где уже не встречается заболеваемость малярией или ее мало, в частности, в санаториях, детских оздоровительных учреждениях. Необходимо больше использовать диметилфталат как отпугивающее средство.

Н. А. Демина отметила, что не следовало закрывать кафедру медицинской паразитологии в Тбилисском институте усовершенствования врачей, так как малярия в Грузии еще не везде ликвидирована как массовое заболевание. В Абхазской АССР после сокращения штатов бонификаторов в 1953 г. наблюдался рост заболеваемости малярией. Противомалярийную сеть ни в коем случае нельзя сокращать, а также сливать с санитарно-эпидемиологическими станциями.

По мнению А. Р. Рахимова, намечать объем работ по борьбе с переносчиком малярии следует, исходя из эпидемиологических предпосылок, а не только из данных заболеваемости за последний год. Процент пораженности населения малярией необходимо вычислять не ко всему населению города, района, селения, а к тем улицам или части города, где малярия регистрируется. При таком подходе сразу выявляются места, на которые следует обратить особое внимание и в них проводить сплошную обработку препаратами ДДТ. Проведение мероприятий нужно осуществлять диференцированно.

Проф. П. Г. Сергиев указал, что представленные материалы очень разнообразны. Следует давать не только анализ заболеваемости, но и план мероприятий по ликвидации малярии, подходя диференцированно к разным очагам. К плану необходимо прилагать требования на материальное обеспечение. На совещании мало критиковали план. Если будет известна заболеваемость малярией в каждом населенном пункте, то можно не допускать роста ее. Следует усилить надзор за завозом малярии. Не надо забывать о местных случаях малярии и не допускать их появления, но не стараться приписать случаи заболевания малярией другому району или городу. 1953 г. отличался неблагоприятными условиями для ряда областей и районов; к счастью, во многих местах малярия уже была ликвидирована. Однако все же в некоторых районах эти условия сказались. Так, в Белорусской ССР в августе—сентябре заболеваемость малярией снизилась в 3 раза, в Минской области меньше, а в Барановичской наблюдался рост заболеваемости малярией. В Узбекской ССР было значительное снижение малярии в III квартале, а в 4 областях его не было. Проф. П. Г. Сергиев дал анализ заболеваемости в августе—сентябре 1953 г. в других областях и районах ряда республик. Он указал на некоторых руководителей органов здравоохранения, которые забывают, что противомалярийная сеть — это профилактическая организация, которая занимается предупреждением распространения заболеваний. Следует четко установить задачи противомалярийных организаций. Без противомалярийной сети задачу ликвидации малярии нельзя быстро разрешить.

Следует отметить, что представленные планы — это первый этап работы, необходимо приступить к составлению конкретного плана ликвидации малярии по каждому району, по каждому населенному пункту.

Совещание приняло развернутое решение по докладам М. А. Буслаева и А. С. Ковтун и поручило директорам институтов и заведующим республиканскими противомалярийными станциями срочно подобрать материалы и составить планы по ликвидации малярии.

В целях облегчения работы по обобщению материалов по борьбе с малярией, накопленных на местах, на совещании был заслушан также доклад А. И. Якушевой о схеме и методических указаниях по теме: «Малярия и борьба с ней в республике, крае, области, городе, районе».

Был также создан ряд секций, которые рассмотрели:

а) схему составления плана ликвидации малярии,

б) формы отчетности по малярии и гельминтозам (ф. 85—87 и 37) и

в) инструкции по диспансерному обслуживанию больных гименолепидозом, тениидозами.

А. И. Якушева

УКРАИНСКОЕ РЕСПУБЛИКАНСКОЕ СОВЕЩАНИЕ ПО БОРЬБЕ С МАЛЯРИЕЙ И ГЕЛЬМИНТОЗАМИ И ЮБИЛЕЙНАЯ НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ В ЧЕСТЬ 300-ЛЕТИЯ ВОССОЕДИНЕНИЯ УКРАИНЫ С РОССИЕЙ

При Украинском научно-исследовательском институте малярии и медицинской паразитологии имени проф. В. Я. Рубашкина 10—13/IV 1954 г. состоялось очередное годичное республиканское совещание и научная конференция, посвященная знаменательной в жизни народов СССР дате—300-летию воссоединения Украины с Россией. На юбилейной конференции присутствовали представители Института малярии, медицинской паразитологии и гельминтологии Министерства здравоохранения СССР, Института малярии и медицинской паразитологии Министерства здравоохранения РСФСР, Института малярии и медицинской паразитологии имени проф. В. Я. Рубашкина Министерства здравоохранения УССР, а также работники областных, городских и районных противомалярийных станций УССР, противомалярийных станций Южной, Юго-Западной, Донецкой, Одесской и Сталинской железных дорог, всего 197 человек.

Впервые в работах Украинского республиканского совещания и научной конференции приняли участие работники Крымской областной противомалярийной станции.

На республиканском совещании были заслушаны доклады К. П. Селиванова «Итоги борьбы с малярией и гельминтозами в УССР за 1953 г. и задачи на ближайший период», М. И. Морозовской «Эпидемиологическое состояние в отношении заболеваний малярией в УССР за 1953 г. и проект плана ликвидации малярии в УССР», проф. Е. С. Шульмана «Итоги борьбы с гельминтозами в УССР за 1953 год и задачи на 1954 год» и содоклады заведующих Запорожской областной противомалярийной станции — Я. М. Белого, Винницкой — А. Г. Тугиева, Львовской—С. Г. Калгановой, Ровенской — П. А. Фукс.

По докладам и содокладам с учетом замечаний, высказанных в прениях, совещание отметило:

1) малярия как массовое заболевание по УССР ликвидирована еще в 1951 г., снижение заболеваемости в 1953 г. достигнуто на 60%, или в $2^1/_2$ раза, по сравнению с 1952 г. Встал вопрос о полной ликвидации малярии в УССР в ближайшие 1—2 года;

2) по 19 областям УССР и в Киеве заболеваний малярией регистрировалось в 1953 г. в количестве менее 50 на область, и только в 6 областях число больных малярией превышало 50 на область;

3) заболеваемость малярией регистрировалась в 1953 г. лишь в 626 населенных пунктах, что составляет 1,8% всех населенных пунктов республики;

4) завозная малярия составляет в целом по Украине более 50% всех зарегистрированных случаев заболеваний, а в промышленных районах и районных центрах она составляет от 60—80 до 100%;

5) впервые в УССР летом 1953 г. была применена борьба с переносчиком малярии гнусом в природных условиях путем создания барьеров, обработанных ДДТ и гексахлораном;

6) значительная работа была проведена в 1953 г. гидромелиоративной службой противомалярийных станций УССР по санации водоемов и осуществлению предупредительного водохозяйственного надзора за водоемами.

Наряду с положительными моментами в работе противомалярийных станций УССР за 1953 г., совещание отметило и ряд существенных недостатков, главнейшие из которых следующие:

1) в 1953 г. не была обеспечена в республике госпитализация 100% больных малярией; процент госпитализации составил 88,2;

2) противомалярийные станции в республике недооценили эпидемиологического значения привозной малярии, не обеспечили обследования на малярию всех приезжих контингентов и своевременного выявления всех больных малярией в целях защиты населения от завоза источника инфекции из других местностей;

3) в 402 населенных пунктах УССР, где заболеваемость малярией не регистрировалась в течение одного-двух последних лет, допущено возникновение новых микроочагов малярии;

4) в связи со значительным снижением заболеваемости малярией за последние годы в некоторых областях допущено в ряде случаев ослабление работы по борьбе с малярией, в связи с чем медленно снижается заболеваемость малярией в отдельных областях (Одесская, Сталинская, Киевская и др.);

5) по областям УССР в 1953 г. имело место сокращение ассигнований на борьбу с малярией, сети противомалярийных учреждений и штатов в противомалярийных станциях, в связи с чем во многих районных и городских противомалярийных станциях штаты не соответствуют нормативам;

6) противомалярийные станции испытывали большие препятствия в успешном проведении борьбы с малярией в связи с неудовлетворительным материально-техническим оснащением, почти полным отсутствием механизации трудоемких процессов при обработках помещений и анафелогенных водоемов и в связи с отсутствием транспорта в большинстве противомалярийных станций (автомашины, лошади, лодки, мотолодки, велосипеды и др.);

В области борьбы с гельминтозами в УССР в 1953 г. совещание отметило некоторые успехи:

а) по аскаридозу — снижение заболеваемости в 2 раза в Харьковской, Запорожской и Днепропетровской областях, в 4 раза — в Одесской; б) по гименолепидозу — снижение в 2 раза в Запорожской и Днепропетровской областях, в $3^1/_2$ раза по Киеву, в 4 раза по Николаевской области; в) по тениидозам — снижение в 2 раза по Харьковской области, в 3 раза по Запорожской и в 5 раз по Львовской области.

Наряду с этим, совещание отметило за 1953 г. и ряд существенных недостатков в области борьбы с гельминтозами:

1) резкое отставание на местах общесанитарных мероприятий от лечебно-профилактических, а также в проведении двукратной дегельминтизации при аскаридозе;

2) медленные темпы внедрения в практику органов здравоохранения на местах лечения кислородом при аскаридозе по методу Н. П. Кравеца;

3) неудовлетворительное выполнение на местах в части случаев постановления о запрещении применения необезвреженных от яиц гельминтов фекальных удобрений при выращивании овощных и ягодных культур;

4) недостаточный санитарно-гигиенический режим в школах и детских учреждениях, недостаточный охват лечением с оздоровлением очагов при борьбе с гименолепидозом;

5) неудовлетворительное выявление и лечение больных гельминтозами в стационарах лечебных объединений областей УССР, недостаточный контроль этого мероприятия на местах и со стороны Министерства здравоохранения УССР;

6) неудовлетворительное осуществление ветеринарно-санитарного надзора за убоем крупного рогатого скота и свиней в ряде областей УССР, а в связи с этим отсутствие заметного снижения заболеваемости тениидозами в УССР и наличие в 1953 г. вспышек трихинеллеза;

7) отсутствие в ряде противомалярийных учреждений УССР гептилрезорцина, хеноподиевого масла и других противогельминтозных эффективных препаратов, а также дуоденальных зондов для лечения аскаридоза кислородом.

Совещание, обсудив состояние работы по борьбе с малярией и гельминтозами в УССР за 1953 г. и задачи на 1954 г., приняло развернутое решение по устранению отмеченных недочетов и по улучшению работы по борьбе с малярией и гельминтозами и другими паразитарными заболеваниями в УССР на 1954 г.

Непосредственно после совещания началась юбилейная научная конференция, посвященная 300-летию воссоединения Украины с Россией. В программу конференции были включены доклады К. П. Селиванова «К истории борьбы с малярией и ее ликвидации в УССР», О. Д. Тищенко «История изучения малярии на Украине и роль Украинского научно-исследовательского института малярии и медицинской паразитологии имени проф. В. Я. Рубашкина в борьбе с ней», проф. В. Д. Молдавской «Роль русских и украинских ученых в борьбе с малярией на Украине», М. А. Беновича «История борьбы с малярией и гельминтозами в Одесской области», М. К. Шевчука «История борьбы с малярией и гельминтозами в Днепропетровской области», Н. Н. Сольской «История борьбы с малярией и гельминтозами в Сталинской области», К. В. Прокопович «История борьбы с малярией в Киеве», П. П. Лицина «Ошибки в диагностике малярии».

Все доклады, иллюстрированные схемами, таблицами, диаграммами, вызвали большой интерес у слушателей. Докладчики представили в них данные о заболеваемости малярией в УССР в целом и по отдельным областям, рассказали о методах и средствах борьбы с малярией, привели списки научных работ, опубликованных в журнале «Медицинская паразитология и паразитарные заболевания» за ряд лет, осветили вопрос о том, какое огромное внимание вопросу борьбы с малярией и гельминтозами в УССР и в отдельных областях, городах, районах и населенных пунктах уделяется Коммунистической партией Советского Союза, Коммунистической партией Украины, советами министров СССР и УССР и министерствами здравоохранения СССР и УССР.

Во всех докладах приведены данные, свидетельствующие о резком снижении заболеваемости малярией в УССР и областях за последние 3—4 года.

Большой интерес вызвали также доклады С. Н. Покровского «Противомалярийные мероприятия при строительстве Сталинградской ГЭС», И. А. Демченко «Противомалярийные мероприятия при строительстве Каховской ГЭС», В. П. Половодовой «Фенология Anopheles maculipennis на юго-востоке РСФСР», В. Ф. Евлаховой «Фауна кровососущих двукрылых насекомых в районе Каховского водохранилища и меры борьбы с ними». Из этих докладов видно, что как на строительстве Сталинградской ГЭС, так и на строительстве Каховской ГЭС не только не допущена вспышка заболеваемости малярией в довольно сложной по малярии эпидемиологической обстановке, но применением правильного комплекса противомалярийных мероприятий заболеваемость малярией сведена до единичных случаев при почти полном отсутствии паразитоносителей. Больших успехов достигли работники Запорожской, Днепропетровской и Херсонской областных противомалярийных станций совместно с работниками Украинского научно-исследовательского института малярии и медицинской паразитологии имени проф. В. Я. Рубашкина по борьбе с гнусом.

В докладе о фауне кровососущих двукрылых насекомых представлены данные о методике учета компонентов его, качественном составе, времени активности нападения, дан количественный учет и меры защиты от гнуса.

Большое место в программе научной конференции было уделено докладам по изучению гельминтозов и мер борьбы с ними в УССР.

По борьбе с гельминтозами на научной конференции были представлены доклады проф. В. П. Подъяпольской «Проблема борьбы с аскаридозом в СССР» и «Клинико-эпидемиологические особенности дизентерии, осложненной гельминтозами», проф. Е. С. Шульмана «История развития изучения гельминтозов в УССР и меры борьбы с ними», «Опыт борьбы с описторхозом в интенсивном очаге» и «Проблема борьбы с аскаридозом», С. М. Вишневской «Эпидемиология и профилактика гельминтозов в зоне влияния Каховского водохранилища», Антоновой «Роль овощей в эпидемиологии аскаридоза в Харькове», Н. А. Сурсовой «Основные факторы эпидемиологии аскаридоза в Харькове», М. Г. Любавиной «Организация мероприятий по борьбе с гельминтозами в Черновицкой области» (Черновицкая областная противомалярийная станция), Е. К. Мангуш «Мероприятия по предупреждению заноса анкилостомидозов в шахты Донбасса» (Сталинская областная противомалярийная станция), Р. Г. Сатановской «Мероприятия по предупреждению заноса анкилостомидозов в шахты Донбасса» (Ворошиловградская областная противомалярийная станция).

Все эти доклады с большим вниманием были выслушаны участниками конференции.

Особый интерес был проявлен к докладам проф. В. П. Подъяпольской «О клинико-эпидемиологических особенностях дизентерии, осложненных гельминтозами» и проф. Е. С. Шульмана «Опыт борьбы с описторхозом в интенсивном очаге».

Выступая с содокладом по этому вопросу, заведующий Сумской областной противомалярийной станцией Г. Е. Новак сообщил, что, по предварительным данным, в населенных пунктах Сумской области имеются очаги описторхоза, расположенные не только по реке Ворскла, но и по реке Сейму; поэтому в предстоящий сезон необходимо заняться тщательным обследованием населенных пунктов по реке Сейм; он также отметил большую помощь со стороны Украинского научно-исследовательского института малярии и медицинской паразитологии имени проф. В. Я. Рубашкина в организации мероприятий по ликвидации этого очага описторхоза.

Интересными были также доклады И. И. Блитштейн «Распространение кишечных простейших среди различных групп населения Харькова» и Е. А. Волянской «Выявление очага кара-курта в Одессе и организация мероприятий для его ликвидации».

13/IV 1954 г. были проведены семинары по вопросам борьбы с малярией и гельминтозами и другими паразитарными заболеваниями, а также по вопросам активного участия в научно-исследовательской работе сотрудников противомалярийных станций УССР в 1954 г. В семинарах участвовали заведующие противомалярийными станциями, малариологи, энтомологи, инженеры-гидротехники и областные гельминтологи.

В проведении семинаров активное участие приняли, кроме работников института, проф. В. П. Подъяпольская и К. П. Селиванов.

И. А. Демченко

КРАТКИЕ ИТОГИ НАУЧНОЙ СЕССИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР, АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК СССР И ИНСТИТУТА МИКРОБИОЛОГИИ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ АМН СССР, ПОСВЯЩЕННОЙ 70-ЛЕТИЮ АКАД. Е. Н. ПАВЛОВСКОГО

29/III—1/IV 1954 г. в Москве состоялась научная сессия, посвященная 70-летию со дня рождения и 45-летию научной, педагогической и общественной деятельности крупнейшего советского ученого акад. Е. Н. Павловского, создавшего учение о природной очаговости болезней человека.

На сессии были отмечены успехи советской науки по изучению болезней с природной очаговостью. Было заслушано 70 докладов, из них 9 на пленарных заседаниях, остальные — на заседаниях секций по частным вопросам проблемы краевой эпидемиологии и природной очаговости болезней человека.

Сессия открылась вступительным словом заместителя министра здравоохранения СССР действительного члена АМН СССР Н. Н. Жукова-Вережникова, который подчеркнул необходимость глубокого изучения болезней с природной очаговостью в целях разработки и внедрения в практику здравоохранения эффективных методов борьбы с ними.

В докладах акад. Е. Н. Павловского, действительного члена АМН СССР П. Г. Сергиева, члена-корреспондента АМН СССР П. А. Петрищевой, действительного члена Академии наук Казахской ССР И. Г. Галузо были показаны достижения совет-

ской медицинской науки в развитии изучения источников путей распространения и методов ликвидации трансмиссивных болезней, а также подчеркнуто, что в изучении природных очагов болезни большую роль сыграли комплексные исследования зоологов, паразитологов и микробиологов. Комплексными исследованиями было установлено, что в передаче заболеваний играет роль целая группа различных видов кровососущих членистоногих, что дает возможность наиболее полно раскрыть весьма сложную эпидемиологию заболевания.

Особое внимание докладчики уделили вопросам изучения зоонозов домашних и диких животных. Ряд докладов, заслушанных на сессии, был посвящен инфекциям, природная очаговость которых ранее была недостаточно изучена. В докладе Н. Г. Олсуфьева были обобщены материалы о природной очаговости эризипелоида (рожа свиней) и листереллеза. Резервуарами инфекции в сельских местностях оказались обыкновенные полевки, водяные крысы, обыкновенные бурозубки и др., в городских условиях — серые крысы и домовые мыши. Имеются данные о возможном участии в передаче инфекции иксодовых клещей. М. П. Терещенко и Л. В. Родкевич в своем докладе подтвердили и дополнили данные о природной очаговости названных болезней, приведенные Н. Г. Олсуфьевым.

В. В. Ананьин доложил о природной очаговости лептоспироза. В очагах безжелтушных лептоспирозов резервуарами инфекций оказались 13 видов млекопитающих. Основная роль в распространении инфекций принадлежит грызунам: полевкам-экономкам, водяным крысам и обыкновенным полевкам. Прослежено на протяжении 4 лет течение эпизоотии среди полевок-экономок и установлена ее непрерывность. Существование природного очага определяется ландшафтными условиями. В докладах Е. В. Карасевой, Г. А. Крепкогорской, А. А. Варфоломеевой с сотрудниками, В. С. Киктенко, Б. В. Высоцкого содержатся дополнительные данные о природной очаговости и краевой эпидемиологии лептоспирозов.

О недостаточно изученной болезни с природной очаговостью — токсоплазмозе сообщили Д. Н. Засухин и С. Г. Васина, которые обобщили сведения, имеющиеся в литературе о клинике, диагностике и эпидемиологии этого инфекционного заболевания.

Значительный интерес представляют новые данные о природной очаговости бруцеллеза, содержащиеся в докладах М. М. Ременцовой (Казахстан), А. М. Гудошник (Омск), С. И. Хорлампович (Туркмения). М. М. Ременцова обнаружила спонтанную зараженность бруцеллами у клещей видов Dermacentor marginatus, Ornithodorus lahorensis, Haemo-physalis scupense, H. Concinna и H. punctata. В экспериментах на морских свинках удалось установить передачу бруцеллезной инфекции клещами трансовариально и по ходу метаморфоза. О спонтанной зараженности бруцеллами клещей D. marginatus и D. pictus в Омской области сообщила А. М. Гудошник. С. И. Харлампович установил, что ряд диких животных в Туркмении (джайраны, грызуны, лисы) положительно реагируют на бруцеллез. Ввиду недостаточной изученности вопроса о природной очаговости бруцеллеза, требуются дальнейшие наблюдения в естественных условиях и в эксперименте.

Много нового содержали доклады, посвященные туляремии. Особое внимание привлекают доклады Н. Г. Олсуфьева, Н. И. Макарова, В. В. Кучерука, В. П. Бородина, В. Г. Петрова и Е. И. Селенина, в которых содержится детальный анализ туляремийного очага пойменного типа. Главнейшими компонентами очага являются водяная крыса и кровососущие двукрылые слепни и комары. Доказано существование в пойме полигостальных очагов, территориально совпадающих с участками высокой плотности обыкновенных полевок, и диффузным распространением здесь обыкновенного хомяка. Наряду с вакцинацией и другими мероприятиями, авторы доклада указывают в качестве эффективного профилактического средства на уничтожение водяных крыс методом отравленных приманок (фосфид цинка — приманка морков). В. П. Романова, В. П. Боженко, Т. И. Тупикова и С. Ф. Шевченко сообщили о выявлении новых носителей переносчика туляремии (предкавказский хомяк, северная и южная мышовки, иксодовые и гамазовые клещи). Дополнительные данные об особенностях природных очагов туляремии сообщили в своих докладах Ю. А. Мясников, В. И. Сельченко, А. М. Сорина, а также В. П. Боженко, Т. И. Пупкова и С. Ф. Шевченко. Т. Н. Дунаева сообщила об особенностях течения туляремии у животных (полевые мыши, обыкновенные полевки, кошки), определяющих их эпизоотологическое и эпидемиологическое значение, а Л. А. Поманская — о характеристике очаговых штаммов микроба туляремии, выделенных в период зимней эпизоотии.

Н. П. Наумов в своем интересном докладе указал на эпидемиологическое и эпизоотологическое значение типов поселений грызунов. Выделено два основных типа поселений: сплошные или диффузные и мозаичные (ленточные, островковые). Сплошные поселения при возникновении эпизоотии представляют большую эпидемическую опасность, но в них не существует условий для длительного хранения возбудителей болезней. Мозаичные поселения менее опасны эпидемически, но они очень важны, так как в них легко возникает состояние эпизоотии. Значительное внимание в работе сессии уделено биологии отдельных видов грызунов — носителей инфекции и организации истребления этих грызунов (доклады В. В. Кучерука, И. А. Шилова, П. А. Картушина

А. Сидорова, И. С. Тинкер и Е. Н. Алешина, Н. Г. Яковлева, М. В. Шиханова и Г. Цинцинадзе и др.).

Много нового было сообщено об эндемических риккетсиозах. В заслушанных докладах представлены оригинальные материалы, по-новому освещающие вопросы эпидемиологии и этиологии риккетсиозов, ранее не известных в нашей стране. Изученные ги инфекционного нефрозо-нефрита или риккетсиоза с поражением почек С. Коршунова), расположенные в различных ландшафтных зонах, относятся к пному, предгорному и лесному типу. Возбудителем заболевания в этих трех очагах яются риккетсии, которым О. С. Коршунова дала новое видовое название в честь новоположника учения о природной очаговости акад. Е. Н. Павловского—Rickettsia vlovskyi Korschunova 1950.

Комплексными исследованиями в трех очагах установлено спонтанное риккетсиосительство диких грызунов и эктопаразитов: гамазовых, краснотелковых, иксодовых ещей и блох. Доказано длительное сохранение риккетсий из поколения в поколение я иксодовых клещей, трансфазовая и трансовариальная передача для гамазовых и нсфазовая для краснотелковых клещей. Для нарушения контакта человека с эктоазитами и грызунами авторы (П. А. Петрищева, С. П. Пионтковская, Д. Г. Айзенадт, И. М. Сахно и И. М. Граховская) рекомендуют комплекс профилактических оприятий.

В песчаной пустыне на юго-востоке Туркмении обнаружено риккетсионосительо у иксодовых клещей Hyalomma asiaticum (С. М. Кулагин, З. М. Жмаева, В. Шиханов, А. А. Пчелкина). Выделенные риккетсии показали близость к возбутелям риккетсиозов группы клещевой пятнистой лихорадки. Выделенным риккетсиям М. Кулагин дает название Dermocentroxenus deserti pavlovsky. Патогенность их я человека еще не выяснена. У клещей H. asiaticum установлена трансовариальная редача риккетсий.

На юге Средней Азии в Туранской пустыне выявлены очаги лихорадки ку А. Петрищева, З. М. Жмаева, А. А. Пчелкина, Б. Е. Карулин, Р. Н. Зубкова, К. Камищенко). Спонтанное риккетсионосительство установлено у иксодовых клей H. asiaticum, аргасовых клещей Ornithodorus tartakovskyi и гамазовых клещей да Dermanyssidae с воробьев и из их гнезд; у птиц (воробьев), у грызунов (большая счанка, тонкопалый суслик) установлена трансфазовая и трансовариальная передача кетсий у иксодовых и гамазовых клещей.

С большим интересом были заслушаны доклады паразитологов И. М. Гроховской А. А. Земской по изучению гамазовых клещей и их эпидемиологического значения. настоящее время доказана эпидемиологическая роль целой группы видов гамазовых ещей в очагах различных заболеваний, например, риккетсиоз — инфекционный нефрозо-нефрит, везикулезный риккетсиоз, лихорадка ку, туляремии и др. Зоологопаразитологическое обследование И. М. Гроховской, проведенное на территории одного ага риккетсиоза, показало высокую пораженность гамазовыми клещами обыкновенх и рыжих полевок. Они паразитировали на грызунах в течение всех сезонов года. езда обыкновенных полевок в 97% также были поражены гамазовыми клещами. огие виды гамазовых клещей способны нападать на человека и присасываться. С. Коршуновой и И. М. Гроховской доказано длительное сохранение риккетсий организме гамазовых клещей при трансовариальной и трансфазовой передаче. Найны риккетсии в клещах (в препаратах-мазках, окрашенных по Романовскому).

Р. И. Киселев и Г. И. Волчанетская доложили о значении клеща Allodermanyssus nguineus Hirst в эпидемиологии оспоподобного или везикулезного риккетсиоза. своих экспериментальных исследованиях они показали, что клещ A. sanguineus ляется не только переносчиком везикулезного риккетсиоза, но также стойким храним инфекции в природе. Авторами доказана трансовариальная передача риккетсий. я изучения механизма передачи везикулезного риккетсиоза авторы использовали спериментальную модель — домовую мышь.

Большой интересный материал был приведен в докладах Н. Ф. Дарской «Особенсти экологии Xenopsylla gerbilli caspica блох большой песчанки в связи с характерми чертами экологии их хозяев» и И. Л. Кулик «Об особенностях подвижности больх песчанок и их влиянии на структуру природных очагов инфекции». Изучение экогии блох большой песчанки в пустыне южного Приаралья имеет большое практичее значение в связи с особой ролью этого грызуна в природных очагах ряда опасх заболеваний для человека.

В докладе Г. И. Нецкого и А. В. Гагариной сообщено о распространении и переносчиках геморрагической лихорадки в Западной Сибири. Авторами выявлены новые аги геморрагической лихорадки с преобладанием клеща Dermacentor marginatus lz.

Северная граница распространения природных очагов геморрагической лихорадходится на территории сосуществования двух видов клещей D. pictus и Ixodes rsulcatus. Омскую геморрагическую лихорадку, по мнению авторов, правильнее звывать геморрагической лихорадкой Западной Сибири.

Особый интерес вызвали доклады по итогам изучения мер борьбы с переносчиками болезней человека.

П. Г. Сергиев и В. А. Набоков доложили результаты своих исследований по раз работке мер борьбы с гнусом в условиях Волго-Ахтубинской поймы. Авторы разраб тывали средства индивидуальной защиты от гнуса и проверяли способы прямо истребления кровососов, а также испытывали защитные сетки Е. Н. Павловского, пр питанные диметилфталатным студнем. В докладе подробно сообщено о новом мето борьбы с гнусом в открытой природе путем применения гексахлоранового дым получаемого с помощью термических инсектицидных шашек типа НБК.

Доклад Г. Г. Цинцадзе был посвящен аэрозоляции как новому методу истребл ния мышевидных грызунов и их эктопаразитов.

Н. Н. Горчаковской проводилось испытание препаратов ДДТ и гексахлора в борьбе с иксодовыми клещами. Применялись дусты, суспензии и эмульсии этих инсе тицидов.

Были также заслушаны доклады по гельминтологии и малярии.

Сессия вызвала большой интерес научной медицинской общественности к так актуальной проблеме, как краевая эпидемиология и природная очаговость болезн человека.

О. С. Коршунова, В. В. Ананьи

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ВОПРОСАМ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА И СОВЕЩАНИЕ ПО ИТОГАМ БОРЬБЫ С МАЛЯРИЕЙ И ГЕЛЬМИНТОЗАМИ ЗА 1953 г. в ТОМСКЕ

В связи с тем, что за последние годы в РСФСР значительно увеличилось чис областей, в которых стали регистрировать заболевания клещевым энцефалитом, Мин стерство здравоохранения РСФСР и Институт вирусологии имени Ивановского АМ СССР сочли необходимым подвести итоги научных достижений по изучению клещев энцефалита за последние годы и шире ознакомить практических врачей с этим тяжел инфекционным заболеванием.

С этой целью и была организована межобластная научно-практическая конфер ция совместно с выездной сессией Ученого совета Института вирусологии име Ивановского АМН СССР в Томске 8—10/II 1954 г. В организации и проведен этой конференции участие приняли Томский облздравотдел, Томский научно-иссле вательский институт вакцин и сывороток Министерства здравоохранения СССР и То ский медицинский институт имени Молотова.

На конференции присутствовали представители 24 городов, областей, краев и ав номных республик Урала, Сибири и Дальнего Востока.

Конференцию открыл начальник главного санитарно-противоэпидемического упра ления Министерства здравоохранения РСФСР М. Д. Шампанов, который в своем вс пительном слове отметил, что в последние 2 года в Российской Федерации значитель увеличилось число заболеваний клещевым энцефалитом, особенно в Кемеровской, То ской и Свердловской областях. Только в этих 3 областях в 1953 г. было зарегистрирова 64% всех случаев заболеваний клещевым энцефалитом по РСФСР.

М. Д. Шампанов отметил также, что медицинские работники Урала, Сиби и Дальнего Востока должны учесть, что в связи с ежегодным освоением новых терри рий, ростом промышленности и строительства профилактика заболеваний клещев энцефалитом в природных очагах становится особенно актуальной. Необходимо об тить серьезное внимание на разрешение следующих задач: более быстрое внедре в практику современных научных знаний в области клещевого энцефалита, более дета ное изучение природных очагов этого заболевания, совершенствование методов обще венной противоклещевой профилактики, скорейшее внедрение в практику методов р ней диагностики и изыскание эффективных методов лечения. Успешное решение э задач будет возможно только при условии широкого вовлечения в научную работу пр тических врачей лечебных и санитарно-противоэпидемических учреждений.

В ходе работы конференции было заслушано 25 докладов и более 30 выступле научных и практических работников по различным вопросам клещевого энцефал и сходных с ним заболеваний.

В докладе Е. Н. Левкович (Институт вирусологии АМН СССР) «Современное у ние о клещевом весенне-летнем энцефалите» было отмечено, что в последнее время р ширились знания о территориальном распространении клещевого энцефалита. Это условлено не только расширением научных исследований, организацией вирусологи ских лабораторий, подготовкой специальных кадров, более широким ознакомлением дицинских работников и населения с клещевым энцефалитом, но и большим освоен новых необжитых территорий с природной очаговостью этого тяжелого заболева

Выявляемые в настоящее время различные варианты клещевого энцефалита в этиологическом, эпидемиологическом и клинико-морфологическом отношениях необходимо рассматривать как проявление изменчивости в пределах одной нозологической формы. Докладчик остановился на современных достижениях науки в области борьбы с клещевым энцефалитом по вопросам диагностики и иммунопрофилактики. В заключение была подчеркнута необходимость организации единого научно-методического центра, под руководством которого должен осуществляться весь комплекс исследований по изучению природной очаговости клещевого энцефалита в различных географических зонах, а также разработки классификации групп инфекций, сходных по этиологии с клещевым энцефалитом.

Интересными, имеющими практическое значение, были доклады по вопросам вирусологии и лабораторной диагностики клещевого энцефалита: Е. С. Сармановой, О. Е. Ржаховой «Вирусологическая и серологическая характеристика клещевого энцефалита в Западной Сибири», А. И. Иваненко (Институт вирусологии) «Культивирование вирусов в опухоли как метод лабораторной диагностики». Работы, проведенные А. И. Иваненко, дают большие перспективы в отношении использования предложенного им метода для изготовления полноценных диагностикумов клещевого энцефалита.

Новые данные о клещевом энцефалите были освещены в докладах Т. Н. Закоркиной «Материалы к характеристике очагов клещевого энцефалита в Омской области» и М. С. Давыдовой «Очаг клещевого энцефалита с основным переносчиком Haemaphysalis concinna в Красноярском крае».

Содержательным был доклад С. П. Карпова (Томск) «Краевая эпидемиология клещевого энцефалита и меры борьбы с ним».

В связи с недостаточной изученностью эпидемиологии энцефалита определенный интерес представлял доклад Н. Ф. Чумака (Кемерово) «Эпидемиологические особенности клещевого энцефалита в Кемеровской области».

Представленные на конференции доклады по вопросам патогенеза и клиники клещевого энцефалита несомненно обогатили слушателей новыми данными. Особенно следует отметить доклады: А. Н. Шаповала (Ленинград) «Клиника, дифференциальная диагностика и лечение клещевого энцефалита», Н. В. Шубина (Томск) «Клиника клещевого энцефалита по материалам клиники нервных болезней Томского медицинского института», Д. Г. Шефер, В. Р. Овечкина, С. С. Магазаник (Свердловск) «Клиническая характеристика клещевого энцефалита в Свердловской области», В. К. Малаховской (Кемерово) «Клиническая характеристика случаев клещевого энцефалита по наблюдениям Кемеровской областной больницы».

Из заслушанных докладов по паразитологии особого внимания заслуживает доклад Г. М. Попова (Томск) «Экология клеща Ixodes persulcatus в условиях таежной зоны Западной Сибири», так как материалы его позволят практическим работникам, основываясь на знании экологии клещей, более правильно организовать проведение противоэпидемических мероприятий.

О результатах успешного сотрудничества научных и практических работников свидетельствовали доклады Н. Н. Горчаковской, И. В. Тарасевич, С. Н. Шиловой (Москва), Г. Д. Чигирик (Кемерово) «Опыт изучения противоклещевых истребительных мероприятий в очагах клещевого энцефалита Кемеровской области» и Н. Н. Горчаковской, М. Л. Гершкович (Москва), Ю. И. Гадалина, А. Б. Левита, А. Л. Колесникова (Куйбышев) «Испытание метода истребления в природе клещей Ixodes persulcatus в Куйбышевской области».

Не менее ценными в практическом отношении были доклады о результатах самостоятельной работы врачей и энтомологов в области борьбы с клещевым энцефалитом: А. Р. Явьи «Опыт работы по предупреждению клещевого энцефалита в детских оздоровительных учреждениях» и А. А. Шиповой (Томск) «Борьба с клещами в условиях Томской области».

С большим интересом участники конференции прослушали доклады о заболеваниях, сходных с клещевым энцефалитом: М. П. Чумакова, А. Л. Беляевой, С. Г. Дроздова (Москва) «О природе так называемой двухволновой молочной лихорадки и ее взаимоотношениях с клещевым энцефалитом, омской клещевой лихорадкой и шотландским энцефаломиэлитом овец», С. Г. Дроздова (Москва) «Характеристика штаммов вируса двухволновой лихорадки, выделенного в Московской области от человека, из клещей и молока коз» и А. В. Гагариной (Омск) «Новый очаг омской геморрагической лихорадки. Взаимоотношения вируса омской геморрагической лихорадки с вирусом клещевого энцефалита».

Общее заключение по заслушанным докладам и прениям было сделано М. П. Чумаковым, который в своем выступлении еще раз обратил внимание присутствующих на необходимость усиления профилактики заболеваний с природной очаговостью, а также обеспечения снижения заболеваемости клещевым энцефалитом и дальнейшей разработки вопросов профилактики и лечения этого заболевания. М. П. Чумаков отметил большую работу, проделанную конференцией, которая подвела итоги и поставила задачи по изучению проблемы клещевого энцефалита, и подчеркнул особое значение участия в конференции практических медицинских работников, которые представили ряд ценных докладов.

В решении, принятом на конференции, были учтены пожелания и предложе практических работников и их законные требования к министерствам здравоохран СССР и РСФСР. По окончании научно-практической конференции 11/II было откр межобластное совещание по вопросам борьбы с малярией и гельминтозами за 195 в областях, краях и в автономных республиках Урала, Сибири и Дальнего Востока

На совещании был заслушан доклад и. о. начальника отдела паразитарных заб ваний Министерства здравоохранения РСФСР Л. М. Ивановой и содоклады старш научного сотрудника Института малярии, медицинской паразитологии и гельминтоло Министерства здравоохранения СССР Л. И. Прокопенко, заведующего Томским здравотделом И. Е. Камчатки, главного врача Алтайской краевой санитарно-эпидем логической станции Т. Т. Рогозиной, заместителя заведующего Новосибирским горзд отделом Д. Г. Григорьева.

По вопросу борьбы с малярией было отмечено, что заболеваемость малярией в лом по РСФСР ежегодно снижается, однако это снижение идет далеко неравномер в различных зонах: если в зоне Северного Кавказа и Крыма, Поволжья и Цен в 1953 г. заболеваемость снизилась на 44—55%, то в зоне Урала — на 21%, а в Западной Сибири — только на 14%. По мере снижения заболеваемости в Федера удельный вес заболеваемости малярией, регистрируемой в Урало-Сибирских и Дал восточных областях, в общей заболеваемости по РСФСР ежегодно возрастает: с в 1945 г. до 70% в 1953 г. При этом 54,3% всей заболеваемости по РСФСР в 195 было зарегистрировано всего лишь в 8 административных территориях, в том числе в Алтайском крае, 8% в Новосибирской области, 7% в Томской области. Эпидемиол ческая обстановка в условиях Азиатской части РСФСР как в 1952, так и в 1953 г. б весьма благоприятной для распространения малярии (более раннее наступление эпи мического сезона, ускорение процессов спорогонии, удлинение сезона переда Однако природно-климатическим факторам не были противопоставлены соответствую противомалярийные мероприятия, не было проявлено должной настойчивости и це устремленности в их правильной организации. Из 29 административных территорий, ставляющих азиатскую часть Федерации, в 11 отмечался рост или стабилизация забо ваемости в III квартале 1953 г., что свидетельствует о большом количестве заража в эпидемическом сезоне и о том, что заболеваемость в ряде областей продолжает растать и, следовательно, прогноз на весну 1954 г. остается весьма неблагоприятн при условии, если своевременно не будут приняты необходимые меры. О неблагополу ной эпидемиологической обстановке в ряде областей Сибири свидетельствует также ф сокращения числа районов, свободных от малярии.

На основании анализов отчетов и материалов Министерства здравоохране РСФСР, а также работы противоэпидемического отряда Института малярии, рабо шего в Алтайском крае и ряде областей Сибири, установлено, что одной из основ причин неблагополучия с заболеваемостью малярией является совершенно недостат ное внимание руководителей здравоохранения на местах к вопросам борьбы с маляр Противомалярийные мероприятия планируются недифференцированно, т. е. без доста ного учета эпидемиологической обстановки в каждом населенном пункте. Мало удел ся внимания вопросам профилактики малярии среди населения в период заготовки мов и других сельскохозяйственных работ. Это относится также к населению, работ щему в лесозаготовительной промышленности в Сибири. Рост заболеваемости маляр или недостаточное ее снижение в ряде мест является следствием некачественного ведения лечебно-профилактических мероприятий. В Сибири отмечалась несвоевремен и недоброкачественная обработка помещений препаратами ДДТ.

Вторая проблема, стоящая перед противомалярийными учреждениями — бор с гельминтозами — в азиатской части Федерации решалась недостаточно успешно: об дование населения проводилось в очень малом объеме, план дегельминтизации за вое полугодие 1953 г. был выполнен в большинстве областей не более чем на 20%. М еще сделано по вопросу организации дневных стационаров при лечебных учрежден для обеспечения лечения больных тениидозами. Противомалярийные станции еще в р мест недооценивают значения комплексности в разрешении проблемы борьбы с гельм тозами и потому неправильно организуют свою работу.

В содокладах И. Е. Камчатки, Т. Т. Рогозиной и Д. Г. Григорьева очень мало в мания было уделено анализу заболеваемости малярией и мерам, принимаемым по ее с жению. Содокладчики подробно останавливались на вопросах, характеризующих ка ство работы противомалярийных станций, и очень мало на роли санитарно-эпидем логических станций и здравотделов в вопросах привлечения общемедицинской сети и с зания помощи противомалярийным учреждениям. Т. Т. Рогозина отметила больш помощь, оказанную Алтайскому краю отрядом Министерства здравоохранения СС под руководством Л. И. Прокопенко в деле организации противомалярийных меропр тий и подготовке кадров.

В прениях выступили 16 человек. Многие из них справедливо критиковали Ми стерство здравоохранения РСФСР.

На совещании были также заслушаны доклады: начальника отдела паразитарн заболеваний Министерства здравоохранения СССР М. А. Буслаева «Задачи в обла борьбы с малярией и другими паразитарными заболеваниями на ближайшие год

директора Института малярии и медицинской паразитологии Министерства здравоохранения РСФСР в Ростове-на-Дону С. Н. Покровского «Пути ликвидации малярии», проф. В. А. Набокова «Двухлетний опыт борьбы с гнусом в открытой природе», проф. З. Г. Васильковой «Изучение эпидемиологии аскаридоза и оздоровление очагов».

В заключение была принята резолюция, в которой участники совещания призвали всех медицинских работников Урала, Сибири и Дальнего Востока активно включиться в проведение мероприятий для достижения полной ликвидации малярии и резкого снижения тениаринхоза среди сельского населения.

Л. М. Иванова

9-я ВЫЕЗДНАЯ НАУЧНАЯ СЕССИЯ ИНСТИТУТА МАЛЯРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПАРАЗИТОЛОГИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГРУЗИНСКОЙ ССР

30—31/I 1954 г. в Сухуми состоялась 9-я выездная научная сессия Научно-исследовательского института малярии и медицинской паразитологии имени проф. С. С. Вирсаладзе Министерства здравоохранения Грузинской ССР.

Сессия была посвящена 75-летию со дня рождения и 45-летию научной, педагогической и общественной деятельности акад. К. И. Скрябина. Были заслушаны доклады научных работников института и работников республиканских и районных противомалярийных станций Абхазской АССР.

С докладом о заслугах акад. К. И. Скрябина в области медицинской гельминтологии выступил научный сотрудник института заслуженный врач республики С. С. Абуладзе. Об анкилостомидозах и борьбе с ними в Абхазской АССР доложил проф. П. С. Джапаридзе. Вопросы анкилостомидозной анемии и принципы патогенетического лечения осветил в своем докладе директор института Г. М. Маруашвили; об объеме циркулирующей крови при анкилостомидозной анемии доложил научный сотрудник института М. С. Гигиташвили.

В докладах, посвященных лечению больных гельминтозами, были освещены методы лечения применением советского хеноподиевого масла, заготовленного в Кобулети (Аджарская АССР), дающего большую эффективность (до 97%) при лечении аскаридоза и несколько меньшую при лечении анкилостомидоза, и применением советского четыреххлористого углерода, более эффективного при лечении анкилостомидоза. Эти вопросы были освещены в докладах научных сотрудников института М. В. Цецхладзе, О. П. Зенаишвили и сотрудников республиканской противомалярийной станции Абхазской АССР М. А. Векуа, Г. Н. Смирновой и Н. Ш. Джапаридзе-Твалтвадзе. По эпидемиологии гельминтозов и организации борьбы с ними были представлены: доклад научного сотрудника института А. А. Половецкой, которая коснулась анкилостомидозов и методов борьбы с ними в совхозах субтропических культур, и доклад заведующей гельминтологическим отделением республиканской противомалярийной станции Абхазской АССР А. Г. Камаловой, давшей схему организации лечебно-профилактической противоглистной работы в Абхазской АССР.

По вопросам борьбы с малярией на сессии заслушан доклад заведующего энтомологическим отделом института Г. И. Канчавели о ландшафтном маляриогенном районировании Грузии, имеющем значение для индивидуализации мероприятий и установления рациональных сроков их проведения в различных ландшафтных зонах. Такое же значение имел доклад заведующего отделом института Г. Н. Гордадзе «Малярия и методы борьбы с нею в горных районах Грузинской ССР». Заведующая Республиканской станцией Аджарской АССР С. Д. Авалишвили в своем докладе привела примеры случаев заболеваний трехдневной малярией с длительной инкубацией в горных и низменных районах Аджарской АССР.

Доклад сотрудников Сухумской городской противомалярийной станции К. И. Элигулашвили и Л. Чанишвили был посвящен механизму отдаленных рецидивов трехдневной малярии. Заведующий эпидемиологическим отделом республиканской противомалярийной станции Абхазской АССР И. А. Зимин в своем докладе сделал анализ заболеваемости малярией в Абхазской АССР и мероприятий, проведенных в 1953 г. Аналогичные доклады были сделаны Ш. И. Гуджабидзе (Гудаутская районная противомалярийная станция), В. Г. Кавтарадзе (Очамчирская противомалярийная станция), В. С. Вараловой (Ткварчельская противомалярийная станция).

В работе сессии приняло участие 150 работников здравоохранения Сухуми и районов Абхазской АССР.

Работа сессии прошла на достаточно высоком научном уровне и охватила основные вопросы борьбы с гельминтозами и малярией в Грузии и, в частности, в Абхазской АССР.

Г. Н. Гордадзе

СОДЕРЖАНИЕ

Буслаев М. А. Об итогах борьбы с малярией, гельминтозами и другими паразитарными заболеваниями за 1953 г. и задачах на 1954 г. 19
Ковтун А. С. Краткие итоги работы по борьбе с малярией и другими паразитарными заболеваниями в РСФСР за 1953 г. и задачи на 1954 г. 20
Духанина Н. Н. О весенних свежих заболеваниях трехдневной малярией на юге 20
Лысенко А. Я. О малярии с длительной инкубацией в Молдавской ССР . . 21
Гринберг А. И. Трехдневная малярия с длительной инкубацией в Кишиневе . 21
Авалишвили С. Д., Инцкирвели Т. П. Об удельном весе трехдневной малярии с длительной инкубацией в Аджарской АССР 21
Нецкий Г. И. Влияние температурного режима Западно-Сибирской низменности на северную границу ареала, сроки окрыления и интенсивность выплода последовательных генераций Anopheles maculipennis 22
Гриценко А. К. Оздоровление Курганенского района Краснодарского края от малярии 23
Долгов Н. В. Из опыта работы по ликвидации малярии как массового заболевания 23
Максимов А. А. О биологических основах оздоровления природных очагов туляремии 23
Вишневская С. М., Удовиченко Г. С., Бирюкова К. В., Гербильский В. Л., Муквоз Л. Г., Рудницкая Н. Е., Корниенко Е. И., Гуревич Е. Н., Писаренко Е. И., Лой Т. Д., Шевчук М. К., Хвалибова Э. К., Геллер И. Ю. Эпидемиология и профилактика гельминтозов в районе строительства Каховского гидроузла и Южно-Украинского канала 24
Гордон Е. И. К вопросу о длительности течения аскаридоза и трихоцефалеза . 24
Мохур С. С. Динамика снижения гельминтозов среди переселенцев Акимовского района Запорожской области 27
Жуков Н. М. Эпидемиологическая эффективность дегельминтизации населения 25
Носик А. Ф. К эпидемиологии эхинококкоза 25
Чалая Л. Е., Носина В. Д., Бобкова В. И., Камоликова З. Я. Амебиаз в Туркмении 26
Березовая А. В. К клинике и лечению больных балантидиазом . . . 26

Паразитологические заметки

Алифанов В. И. Зимнее паразитирование иксодовых клещей на сельскохозяйственных животных в Омской области 26
Тарабухин И. А., с участием Беззубовой В. П. К вопросу о фауне Ixodidae в связи с клещевым весенне-летним энцефалитом в Западной Сибири 26
Алифанов В. И. Нецкий Г. И. Иксодовые клещи Омской области . . . 27
Суботник А. С. при участии Чеботаревича Н. Д., Яковлева И. Г. и Пучковой Т. И. Клещи Ornithodorus Ставропольского края и их эпидемиологическое значение 27
Чеботаревич Н. Д., Материалы по эндемическому (клещевому) возвратному тифу в Ставропольском крае. Сообщение 2-е 27

Рецензии и библиография

Долматова А. В., П. А. Петрищева, Полевые методы изучения москитов и противомоскитные мероприятия 27

Хроника

Техн. редактор *К. К. Сенчило* Корректоры *О. В. Соколова и Е. И. Плис*

Сдано в набор 5/VI-1954 г. Формат 70×108¹/₁₆
3 бум. л. 8,22 печ. л. 9,40 уч.-изд. л.
Тираж 3 920 экз. Подписано в печать 26/VII-1954 г. Т-0524

Медгиз. Москва, К-31, Петровка, 12, комн. 1
Заказ 3122. 3-я типография Медгиза. Москва, Солянка, 14

4 р. 50 к.